# Prenatal and Postpartum Women and tobacco

In the past decade, there has been a growing awareness that the use of tobacco products in pregnancy and the presence of environmental tobacco smoke (ETS) have numerous, serious health effects for both the mother and the fetus. A Health Canada literature review of the impact of tobacco use and exposure during the preconception, prenatal and postpartum periods documented a range of health-compromising effects.[1] Maternal smoking during pregnancy has been associated with low birth weight babies, placenta previa and premature birth. Environmental tobacco smoke has been associated with ear infections, a range of respiratory illnesses and Sudden Infant Death Syndrome among infants and children.

## Inside: KEY LESSONS


**4** Pregnant women are motivated — quitting is still difficult.

**8** Most women who quit smoking during pregnancy relapse after the baby is born.

**10** A variety of ways of increasing program effectiveness has been implemented.

**14** Service providers feel most effective with adequate training and support.

**18** Family approaches to creating smoke free environments for infants and children are needed.


At the outset of the Tobacco Demand Reduction Strategy (TDRS), about 37% of Canadian women of child-bearing age used tobacco.[2] There were only a few programs to support women who wanted to reduce their tobacco use during pregnancy or create smoke free homes for their infants. Prenatal and postpartum women were identified as a priority group of the TDRS. Steps were taken to identify and deliver the programs and resources needed by prenatal and postpartum women, as well as disseminate knowledge about effective programming to service providers who work with pregnant women. This work provided new programming options for women and service providers alike.

[1] Edwards, N., Sims-Jones, N., Hotz, S. (1994) *Pre- and Postnatal Smoking: A review of the literature*, Ottawa: Health Canada.

[2] Health Canada (1994) *Tobacco Demand Reduction Strategy: An Overview*.

# Background: Information about tobacco control in Canada and this document.

## 1 About the Tobacco Demand Reduction Strategy.

In February 1994, the federal government launched a comprehensive, three-year initiative to counteract tobacco use in Canada, the Tobacco Demand Reduction Strategy (TDRS). The TDRS was developed to be consistent with the work and directions of the National Strategy to Reduce Tobacco Use (NSRTU), launched in 1987.

The goals of the TDRS were:

- to help non-smokers stay smoke free;
- to encourage and help those who want to quit smoking to do so; and
- to protect the health and rights of non-smokers.

## 2 About the Summary Series – Lessons Learned from the TDRS.

This is one in a series of five summaries that present the lessons learned from the Tobacco Demand Reduction Strategy. Other topics include Women, Aboriginal Peoples, Francophones and Youth. The summaries are intended to assist health professionals and policy makers in shaping future action on tobacco reduction. Each summary identifies key lessons that have been drawn from the work completed on the topic and profiles a few of the many community-based projects and local and national resources developed under the TDRS. Descriptions of these projects and resources appear throughout the summaries.

Codes such as "A4" and "W10" refer to complete references for TDRS resources which are listed at the end of the summary.

## 3 About the Tobacco Control Initiative.

The Tobacco Control Initiative (TCI), which was announced in November, 1996, is a $100 million commitment by the federal government over five years, beginning in 1997/98. The four key elements of this comprehensive strategy are legislation and regulations, enforcement, research, and public education.

Building upon the lessons learned and the results achieved under TDRS and other tobacco strategies, the Public Education Component of the TCI aims to improve the overall health and quality of life of Canadians, particularly young Canadians, through:

- the identification and dissemination of best practices;
- training and consultation to enhance the capacity of communities to deliver effective tobacco reduction programs; and
- building public concern about tobacco and the tobacco industry.

In partnership with the provinces, territories, health, community and youth-oriented organizations, the TCI will expand prevention, protection and cessation efforts which began under the TDRS.

**ACKNOWLEDGEMENTS**

Health Canada wishes to acknowledge Dr. Nancy Edwards, Community Health Research Unit, University of Ottawa for researching the original synthesis document, Monica Wyatt, Cantimus Consulting for writing this summary, and Design Collaborative for design and layout.

Also available on request in large print, Braille, audiocassette, computer diskette and other alternate formats.

101-02770/

## 4 About This Summary – Prenatal and Postpartum Women and Tobacco.

The TDRS prenatal and postpartum initiative consisted of a combination of literature reviews, broad-based surveys, qualitative studies, specialized studies to design and test interventions and resource development projects. Synthesis work was conducted throughout 1997 to pull together the conclusions and insights of all TDRS projects and activities related to prenatal and postpartum women. The resulting lessons are organized into five major topics presented in this summary.

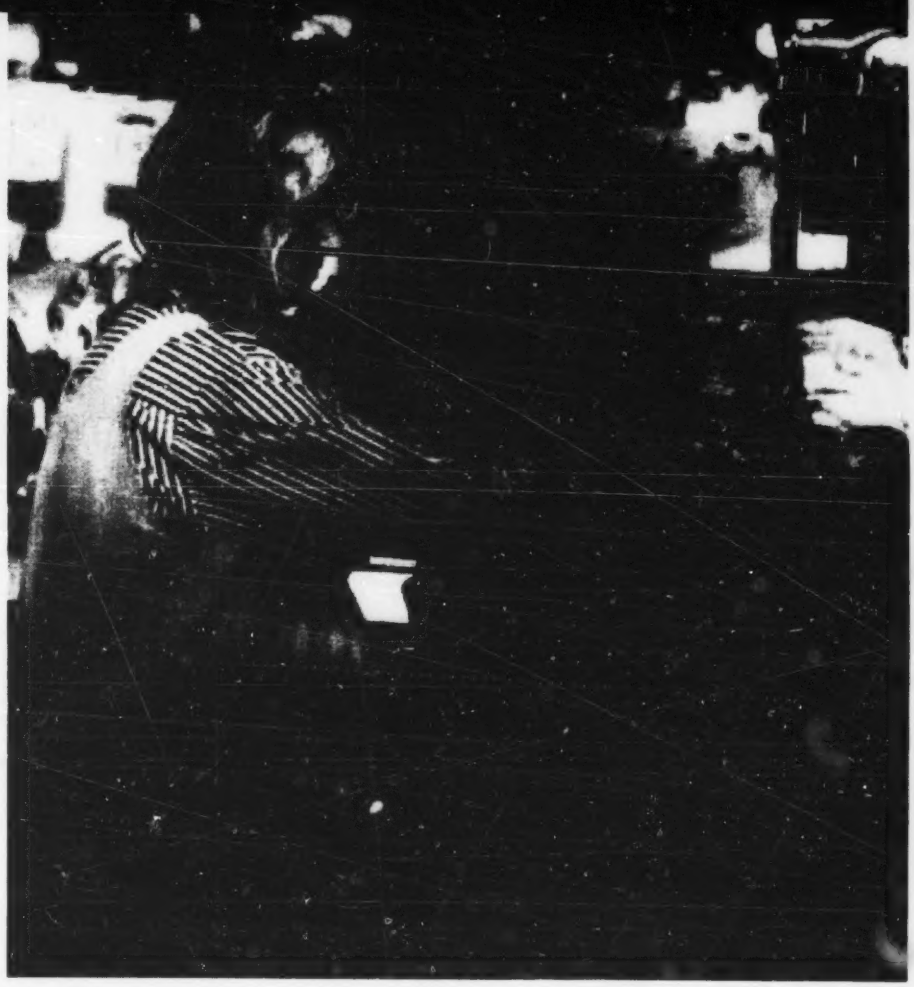
# Lesson One: Pregnant women are motivated – quitting is still difficult.

**1 Although it is difficult to obtain exact numbers, it appears that smoking prevalence rates during pregnancy have declined from the 1960s to the 1990s.**

A pre-TDRS review of the literature on smoking in pregnancy (P3) noted that no national data documenting smoking trends during pregnancy were available for Canada. The review used provincial data as well as data from the U.S. and Europe to examine smoking prevalence trends among pregnant women. The resulting picture mirrors that of smoking prevalence trends in general – fewer women are smoking during their pregnancies in the 1990s than in the 1960s.

**2 Women may have greater intentions of quitting during pregnancy than at other times in their lives.**

During pregnancy, women who smoke may find themselves questioning their smoking behaviour and trying to change it. In qualitative work conducted by several of the community-based TDRS projects, pregnant women indicated that they wanted to quit smoking and they were willing to participate in the development and testing of resources and programs (B6, K2, S16, T12) Studies cited in a pre-TDRS literature review (P3) found that pregnant women are more likely to quit smoking and smoke fewer cigarettes on average than women smokers who are not pregnant. The literature review also noted that the intention to quit is something that women seem to act



on early: most pregnant smokers who attempt to quit do so during the first trimester of the pregnancy.

## 3 According to TDRS survey data, the majority of current female smokers continued to smoke during their most recent pregnancy.

The *Survey of Smoking in Canada (SOSIC)* (S8) collected information on a sample of roughly 15,800 Canadians over the age of 15. The information was collected in four cycles that were three months apart. The survey measured levels and changes in cigarette smoking behaviour over the course of one year. It was also one of the first national surveys on smoking that collected specific information related to tobacco use during pregnancy.

In its first cycle, the survey found that smoking prevalence for women of reproductive age (15- to 44-year-olds) was almost 34%. Smoking prevalence rates among 15- to 19-year-olds were 29% compared to 38% among 20- to 24-year-olds and 34% for 25- to 44-year-olds.

Of all women aged 20 to 44 years (smokers and non-smokers) who had been pregnant in the previous five years, 19% reported that they had smoked "regularly" during their most recent pregnancy. However, 58% of the women who currently smoke reported that they had smoked during their most recent pregnancy (S8, Cycle 4).

Whether they actually quit smoking or not, pregnancy is a time when many women seriously think about their smoking behaviour. A qualitative study of 43 women found that many of them described their pregnancies as a time when they thought of their smoking differently (R7). This openness to thinking about the role that smoking plays in their lives makes the prenatal period an important opportunity for tobacco reduction intervention.

## 4 Certain groups of women find it harder to quit than others.

TDRS work identified several differences between women who quit smoking during pregnancy and women who continue to smoke. Smoking during pregnancy is most common among women who are 20 years of age or younger and is more prevalent among women who started smoking at a younger age (P3). Pregnant women who feel confident about their ability to quit and have a high perception of risk appear to progress toward quitting and staying quit, even without any intervention (R7).

The relatively high rate of smoking prevalence among pregnant women begs the question: Why do women smoke during pregnancy? The social context of women's lives is an important factor in their continuing to smoke during pregnancy. The women who continue to smoke during pregnancy tend to be the women who are surrounded by family members and friends who smoke. A literature review of smoking and high-risk women found that continued smoking in pregnancy is associated with having a smoking partner and being exposed to environmental tobacco smoke, among other factors (S4). In a study of pregnant and postpartum smokers, over 50% of the 226 respondents reported that at least half of their close friends and family members smoked (R7).

**5 Providing cessation support may reduce the percentage of women who smoke during pregnancy.**

There is relatively little data available to indicate what methods (e.g. nicotine replacement therapy, group programs, self-help materials) women who smoke use to quit smoking during their pregnancies. About 13% to 21% of pregnant women quit smoking spontaneously – without a service provider's intervention – when they are planning to become pregnant or as soon as they find out that they are pregnant (P3, T2e). An additional 2% to 22% of pregnant smokers may quit spontaneously later in their pregnancy (P3, T2e). In total, a low of 15% to a high of 43% of pregnant smokers may quit spontaneously. It is possible that these quit rates could be increased if pregnant smokers have access to a range of cessation interventions and options specifically designed for pregnant women.

## Counselling ABORIGINAL WOMEN during pregnancy

The Northern Family Health Society in Prince George, B.C. wanted to have an impact on the use of tobacco by pregnant Aboriginal women. Through TDRS funding, the Society developed *The Smoke Free Journey Counselling Guide* (S16) which provides lay counsellors with information and skill development opportunities so that they can discuss tobacco reduction options with Aboriginal women during pregnancy. The guide incorporates solution-focused counselling approaches and teachings from the Medicine Wheel and Sacred Tree to make pre-existing tobacco reduction resources more useful for Aboriginal women. A set of three culturally relevant posters were also developed to raise awareness among pregnant women and their families.

Northern Family Health Society
1010-B 4th Avenue
Prince George, BC V2L 3J1
Phone: 250-561-2689

# Cessation support

## FOR YOUNG pregnant women

The service providers in the Young Single Parents Support Network in Ottawa had noticed that many of the young women using their services were smokers. When they tried to find a smoking cessation program for the group, nothing existed that combined the concerns of youth with the concerns of pregnancy and single parenthood. With TDRS funding, the Network developed a new, bilingual program *Kick Butt for Two* (K2). *Kick Butt for Two* is a facilitated support group program that is delivered in eight sessions. While it encourages participants to quit smoking, it also identifies reducing the amount smoked and making other personal lifestyle changes as program goals. The program design is flexible so that participants can select the topics they want to discuss rather than follow a prescribed program. A key lesson from *Kick Butt for Two* is that young pregnant women and young single parents need an opportunity to talk about all the stresses in their lives – the stresses that they smoke to cope with – and that talking is an important part of moving toward reducing or quitting smoking.

Young Single Parents Support Network
659 Church Street
Ottawa, ON K1K 3K1
Phone: 613-749-4584 Fax: 613-749-7018

# Lesson Two: Most women who quit smoking during pregnancy relapse after the baby is born.

**1 Women who quit smoking while pregnant often experience postpartum relapse.**

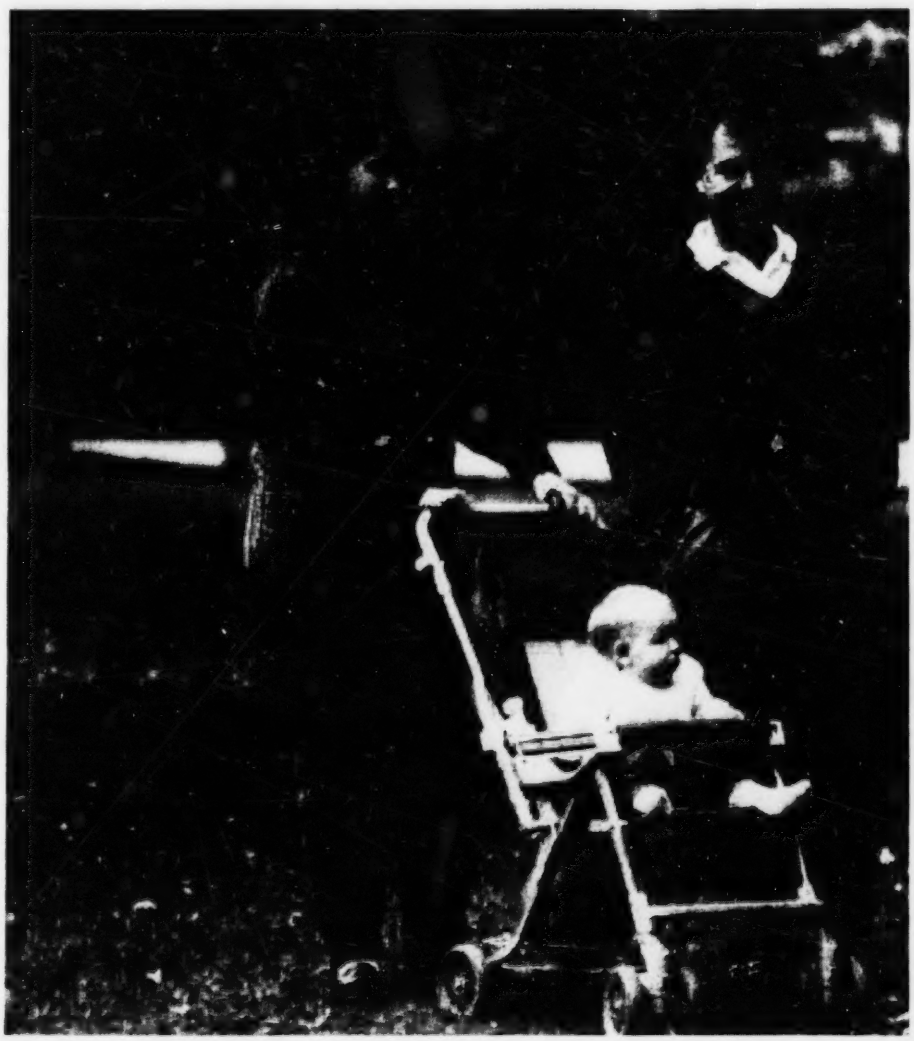
While most pregnant smokers are able to stop smoking at some point while planning to become pregnant or during the early stages of the pregnancy, many women find it difficult to stay quit. A pre-TDRS literature review found that approximately 60% of smokers who quit for part or all of their pregnancy start smoking again before their baby reaches six months of age (P3). This high rate of postpartum relapse means that the smoker's health is negatively affected and infants and children in the home are exposed to the negative health effects of environmental tobacco smoke.

**2 The women's expectations and her family and friends contribute to the incidence of postpartum relapse.**

Postpartum relapse occurs for a number of reasons. In some cases, women only intended to quit while pregnant and not for the long term. This perspective may be shared by the smoker's peer group of her partner, family and friends, all of whom may hold the expectation that she will resume smoking after her pregnancy, and all of whom usually continue to smoke throughout her pregnancy. In fact, ignoring the role the smoker's family and friends play in postpartum relapse may limit the effectiveness of interventions (E10).

**3 TDRS research drew attention to and focused on the postpartum period.**

Two university-based research projects were initiated under the TDRS. The School of Nursing and the Institute of Health Promotion Research in Vancouver tested a relapse prevention intervention which consisted of personal counselling in the hospital at the time of birth, and subsequent telephone sessions (E10). A total of 254 women participated in the study, which found that interventions can be effective in the postpartum period.



A second study, conducted by the Community Health Research Unit in Ottawa, included a qualitative study of 43 women concerning the situational factors that influence their decision to quit, stay quit or relapse during pregnancy and postpartum as well as a longitudinal study of 109 pregnant and 117 postnatal women to identify predictors of progression through various stages of readiness to stop smoking (R7). The qualitative study found that a woman's background, the extent of her addiction to nicotine, her self-identity as a smoker and her social network all need to be addressed if smoking interventions are to be successful. The longitudinal study found that pregnant women were more likely to be ready to take action on smoking than postpartum women and both groups were more likely to have quit for the baby than for themselves.

# Dealing with
## POSTPARTUM RELAPSE

Recognizing that postpartum relapse is a frequent occurrence and a key issue in prenatal/postpartum smoking cessation initiatives, the TDRS included a major study on relapse, leading to the development of a new intervention, *Start Quit, Stay Quit* (S17). The program is designed to be used during the prenatal period and starts preparing women right away for the likelihood of postpartum relapse and taking steps to prevent it.

The resource itself consists of two companion booklets, one for pregnant women and one for their partners. A workshop training format and a guide to increasing women's motivation are available for service providers, as are large posters to promote the program and recruit women for participation

Community Health Research Unit
University of Ottawa
Dept. of Epidemiology and Community Medicine
451 Smyth Road
Ottawa, ON K1H 8M5
Phone: 613-562-5800 ext. 8262
Website: www.uottawa.ca/academic/med/epi/chru.html

# Lesson Three: A variety of ways of increasing program effectiveness has been implemented.

**1 Prior to the TDRS, most tobacco reduction programs for pregnant and postpartum women were imported from other countries.**

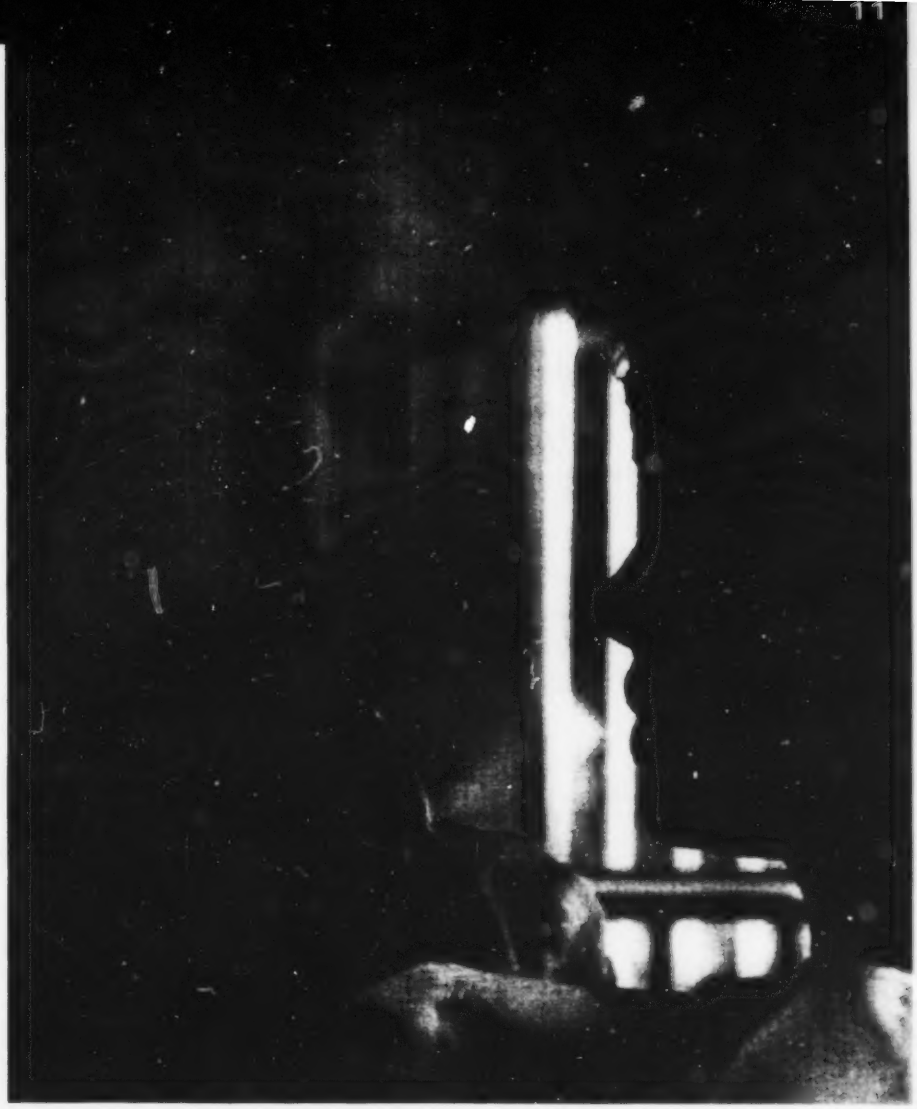
A 1996 listing of tobacco use cessation programs available in Canada listed six programs for pregnant women (T5). Of these six, four were either American or adapted from American programs. While all of these resources were developed to address the unique aspects of quitting smoking during pregnancy, it was not known how well American programs actually fit the Canadian social and cultural context. The exceptions were two new programs developed under the Ontario Tobacco Strategy (S13, U1) but these programs were not widely disseminated outside Ontario.

**2 Under the TDRS, new tobacco reduction programs for pregnant and postpartum women have been based on women's different stages of readiness to quit.**

Only one of the tobacco cessation programs for pregnant women used in Canada prior to the TDRS used the Stages of Change Model as its foundation (S13). The Stages of Change Model advocates viewing smoking cessation as a process or series of steps rather than a single event when a smoker actually quits. The model identifies five stages of behaviour change as a smoker gets ready to quit: thinking about quitting, deciding to quit, getting ready to quit, quitting, and staying quit. The model acknowledges the frequency with which relapse can occur in any of the stages and that relapse needs to be seen as a natural occurrence that is to be expected when a smoker is trying to quit.

Virtually all the prenatal and postpartum cessation programs developed under the TDRS have been informed by an understanding of the Stages of Change (B6, K2, R7, S13, S18, T12). This has led to a recognition that not all pregnant women feel ready to quit and that many need help in getting ready to quit during their pregnancy.

However, the application of the Stages of Change to prenatal programs has also raised some important questions. First, when applied to other smokers, the model allows smokers to take their time preparing to quit smoking and recognizes incremental steps such as reducing the amount smoked as progress. Prenatal programs often have the intended goal of reducing the harmful effects of tobacco use on the pregnant women and on the fetus. Consequently, women are encouraged to work toward quitting quickly. However, many pregnant women have been found to be in the precontemplation or contemplation stage and are not quite ready to quit (P3, R7). This suggests that they require adequate preparation time to be able to quit and stay quit. Using a more gradual, harm reduction approach may be more realistic for smokers but it prolongs fetal exposure to tobacco smoke.



## 3 New programs to address postpartum relapse were developed.

Prior to the TDRS, there were few postpartum supports available for women who quit smoking during pregnancy. A specific focus on postpartum issues during the TDRS has helped to address this gap.

The University of British Columbia School of Nursing (E10) developed a resource package including pamphlets outlining the risks of postpartum smoking and strategies to deal with cravings and the effects of ETS on children, a self-help card on handling high-risk situations and turning slips into positive experiences, and materials designed to help create a smoke free home (e.g. signs for homes and cars). The program was delivered by nurses who initially met women in the hospital at the time of the baby's birth. This meeting was followed by a series of eight phone calls that occurred weekly during the first month postpartum and biweekly during the second and third months.

*Start Quit, Stay Quit* (S17) was tested with pregnant women and their partners to prevent postpartum relapse. Other programs incorporate postpartum relapse into prenatal initiatives (K2, S13, U1) and train service providers to be able to provide effective counselling for postpartum smokers (A2, S17, T12).

## 4 There is now a greater range of tobacco reduction programs that have been designed for pregnant women.

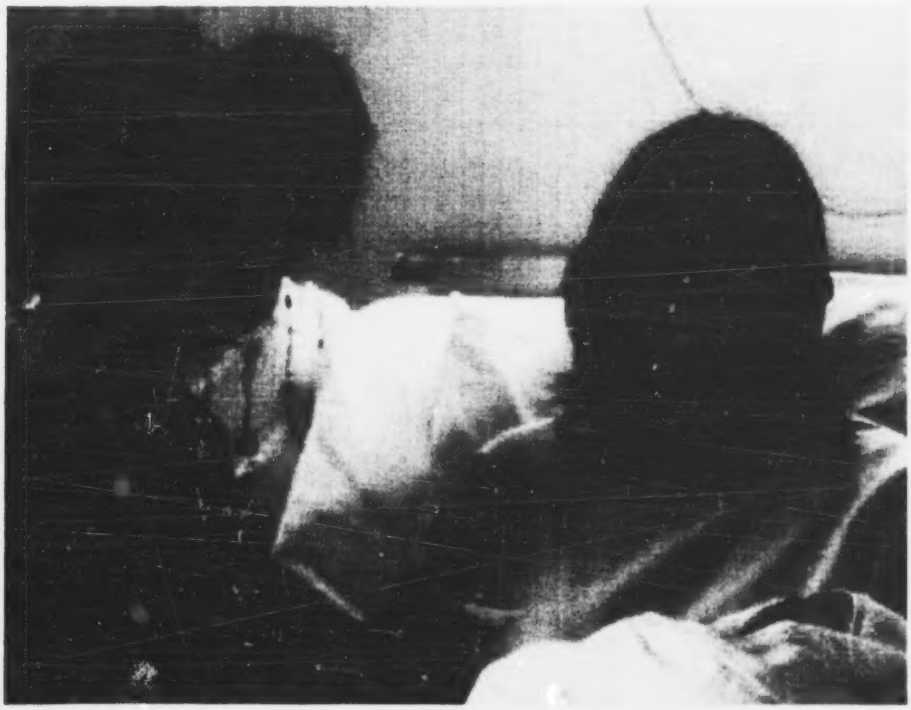
Through national and community-based programs, Canadian women now have increased access to several different prenatal tobacco reduction programs:

- *Stopping When You're Ready* (S13), a cessation kit of five booklets designed for each of the Stages of Change, is available nationally.
- A kit for Francophone women, *Une grossesse sans tabac* (U1), has been expanded based on the Stages of Change.
- The Lung Association of Newfoundland and Labrador has produced *Baby's Coming, Baby's Home* (B6) to help pregnant women quit smoking and make their home smoke free.
- *Kick Butt for Two* (K2) is a group support program for pregnant teens and young single parents that helps them address tobacco use and the concerns of being a new parent.
- *The Smoke Free Journey Counselling Guide* (S16) provides a tobacco reduction counselling program that is culturally relevant for pregnant Aboriginal women.

**5 Few programs have been designed for specific cultural and linguistic groups.**

Under the TDRS, two prenatal resources were developed specifically for individual cultural and linguistic groups – *Une grossesse sans tabac* for Francophone women (U1) and *The Smoke Free Journey Counselling Guide* for Aboriginal women (S16). Since smoking prevalence rates are higher among Francophone and Aboriginal women than other groups of women, it is probable that smoking during pregnancy is also more prevalent. Aboriginal and Francophone women need access to a range of program options during pregnancy that are currently unavailable to them.

Cultural differences may have less to do with the content of a program than in the way the program is delivered. The Francophone women who participated in the evaluation of the *Une grossesse sans tabac* program received a face-to-face counselling session with a public health nurse that lasted from 15 to 30 minutes, a copy of the written resource, and three follow-up phone calls. They indicated that they enjoyed the initial face-to-face counselling session but found the telephone calls less helpful and they missed the human contact of a visit by the public health nurse. This suggests that Francophone women may benefit from in-person contacts more than from less personal approaches such as phone calls or mail.



*The Smoke Free Journey* program for Aboriginal women did not develop a specific resource for women. Instead, it concentrated on developing a guide for lay counsellors so that they could deliver effective face-to-face counselling. This is based on a cultural preference for talking over reading.

**6 Effective strategies for recruiting women to interventions have been identified.**

Recruitment to programs that are specifically designed to help women quit smoking during pregnancy has traditionally been difficult. Programs have been plagued by low attendance, women who indicate they will attend but don't and high drop-out rates once the programs are under way. TDRS research found that recruiting women for interventions through physicians and their office staff is not the most effective way of reaching women (R7, U1). Advertising a postpartum relapse program and expecting women to see it as something they need does not work because smokers who have quit underestimate their risk of relapse.

Based on the experience of TDRS research projects, the recruitment strategies that reached the greatest number of eligible women and had the highest response rate involved recruitment by a public health nurse sitting in doctors' offices and talking with women as they arrived for their appointments (R7) and a nurse meeting directly with women in the hospital when

they delivered their baby (E10). Programs that already work with pregnant women in group settings also found it possible to offer programs that specifically address smoking (K2). Other programs that traditionally worked with pregnant women on health issues found that incorporating discussions on smoking into their traditional prenatal interventions on a one-to-one basis was more feasible for their organization than trying to run a separate group on smoking (B6, T12, U1).

**7 Greater insight into what makes interventions work was gained.**

TDRS research found that a high sense of self-efficacy toward smoking cessation, a perception that smoking during pregnancy puts one at risk, and the intention to breastfeed are predictors of positive movement through the Stages of Change and staying quit (R7). A second study found that a postpartum intervention was most effective for women who had confidence that they could resist temptations to smoke in social situations, had not made repeated quit attempts and were not exposed to smoking among the majority of their family and friends (E10).

Partner support is an important factor in prenatal cessation and preventing postpartum relapse. Positive support from a partner, whether the partner smokes or not, helps pregnant women to quit smoking and to resist postpartum relapse (P3, R7).

## A staged approach
### TO QUITTING FOR PREGNANT WOMEN

*Stopping when you're ready* (S13) is a staged self-help approach to smoking cessation for pregnant women. The resource consists of a kit folder containing five booklets, each one developed for one of the five Stages of Change. A brief quiz at the start of the kit helps women identify their stage and find the right booklet. The contents of the booklets include quizzes, self-awareness exercises, different techniques for getting ready to quit, advice for handling other smokers and getting support, and specific information related to smoking and pregnancy. Many of the booklets have inserts that can be pulled out and used as needed.

Originally developed by the Community Health Research Unit at the University of Ottawa with funding from the Ontario Ministry of Health, the resource was redesigned, given new illustrations and made available at a national level under the TDRS. The resource has been used extensively in health departments in Ontario as well as in TDRS community projects, either in its original form or as background for new resources. The resource is well received by service providers and prenatal women, and, in self-help form, is best suited for women who read well.

Cambium Consulting
3054 Klondike Road
North Gower, ON K0A 2T0
Phone: 613-489-1999 Fax: 613-489-2777

## Working with
### PRENATAL FRANCOPHONE WOMEN

In 1993, a smoking cessation self-help kit for pregnant Francophone women, *Une grossesse sans tabac* (U1), was developed in association with *Stopping when you're ready* (S13). While it is not merely a translation, *Une grossesse sans tabac* matches *Stopping when you're ready* in terms of content and approach, consisting of an introductory quiz, five stage-based booklets, and inserts in the booklets.

Under the TDRS, the resource was expanded to include a stage-based approach and test the resource with intended users. The evaluation, conducted with 14 women, found that the booklets helped them to reduce or quit smoking. As well, they shared the booklets with their partners and other family members. The women were most likely to use the resources during their pregnancy than in the postpartum period, even though a postpartum resource is included in the kit.

# Lesson four: Service providers feel most effective with adequate training and support.

**1 At the outset of the TDRS, service providers indicated that they did not feel confident about counselling pregnant women on tobacco use issues.**

A wide range of service providers may come into contact with women during the prenatal and postpartum periods. These service providers include public health and community health nurses, hospitals, physicians, community health organizations and social service agencies. During the initial stages of the TDRS, the training and support needs of these service providers were assessed with the goal of helping them in their work with prenatal and postpartum women who smoke (B6, T2d, T12).

The service providers who are in a position to offer cessation support to pregnant smokers feel that they need more training so that they can give that support. A needs assessment of 66 providers of prenatal and postpartum services (S14) found that only 25% of the respondents had received any general smoking cessation training and none had received training specific to smoking cessation with pregnant or postpartum women. Less than half of the respondents (44.1%) felt that they had the skills to motivate pregnant and postpartum women to quit smoking. Few of the prenatal and postpartum providers felt confident about counselling pregnant smokers on cessation, let alone actively address postpartum relapse.

**2 Service providers identified specific knowledge and skill building needs related to smoking cessation in the prenatal and postpartum period.**

Service providers cited a lack of resources addressing smoking during pregnancy, inappropriate materials and a lack of appropriate programs for referrals as barriers to effectively working with prenatal and postpartum women who smoke (T2d, B6). Service providers felt that they needed training in applying a staged approach to smoking cessation, preventing postpartum relapse, and identifying and overcoming barriers to smoking cessation (S14, T12).

Service providers identified the need for concrete and specific help to assess and counsel pregnant smokers (S14). The type of help needed included:

- comprehensive and informative approaches to assessing a pregnant woman's smoking history;
- suggestions for what to ask and what to advise when working with pregnant smokers;
- training for using current approaches to prenatal and postpartum smoking cessation interventions; and
- techniques for supporting women who have already quit during pregnancy to remain quit in the postpartum period.

**3 New insight has been gained about the steps that service providers can take to help pregnant and postpartum women reach their non-smoking goals.**

Several research projects related to pregnant and postpartum women were conducted under the TDRS (B6, E10, P8, R7, S4, T12, U1). When combined, the results of these research projects provide greater understanding of the smoking and quitting behaviours and motivations of pregnant and postpartum women. This knowledge translates into improved actions and interventions by service providers.

An important lesson gained from the research is that improving smoking assessment tools helps service providers to become more client-centred in their interventions and helps them decide the best ways to support individual clients (R7). Typically, service providers first encounter pregnant women due to their pregnancy and not due to smoking. Initial assessment tools that incorporate questions about smoking can help the service provider to give appropriate advice and information and begin to work with the individual woman toward reducing her baby's exposure to tobacco.

TDRS prenatal and postpartum projects also shed light on how to apply the Stages of Change Model as well as why and how it works (R7, T12, U1). Research conducted on the Stages of Change Model during the TDRS found that a high degree of self-efficacy helped women move through the stages and stay quit (R7). Helping women assess their self-efficacy (i.e. their confidence in their ability to make a change and handle difficult situations) seems to be an important way of helping women to quit and stay quit. As a result, a tool has been developed to help women assess their self-efficacy in situations where they will be at risk of smoking (R7). The tool forms the basis for counselling and discussion between the practitioner and the woman and can be used in any program that specifically works with smoking mothers.

Asking clients about their intentions to stay quit postpartum is an effective way for service providers to work toward preventing postpartum relapse. Working on three predictors of relapse – risk perception, self-efficacy and partner support – also contributes to preventing postpartum relapse (R7).

**4 New training resources and approaches were developed for service providers.**

An important legacy of the TDRS is the foundation of solid training and support for service providers that has been developed. An important first step consisted of documenting and summarizing the literature on the health effects of environmental tobacco smoke for infants and children, and the programs and resource materials available to service providers (E11, P3, T2). This provided a base of factual information upon which to build programs and interventions.

A wide selection of training resources and approaches were developed, ranging from one-page instruction sheets, to self-training videos with guides, to intensive two-day workshops. The training resources for prenatal and postpartum service providers developed under the TDRS include:

- The *Smoke Free Journey Counselling Guide* (S16), *Kick Butt for Two* (K2) and *Baby's Coming, Baby's Home* (B6) projects each developed manuals for service providers so that they could train themselves to use the program resources, counsel pregnant and postpartum smokers, and facilitate cessation groups.
- A training video and workbook, *Asking to Listen*, were developed to help service providers understand and apply a staged approach to cessation intervention and improve their counselling skills (A2).
- *Towards Healthy Family Breathing* (T12) developed and piloted an interactive workshop format for training perinatal health care workers. The workshop was designed to look at caregivers' personal attitudes toward smoking and their level of motivation for addressing the issue with pregnant smokers, increase their knowledge of the Stages of Change Model while increasing their confidence in using the approach, and provide them with practical information on how to obtain available resources.
- The University of British Columbia School of Nursing (E10) developed a training program for nurses so that they could implement a face-to-face, in-hospital counselling session and follow-up telephone counselling and support to prevent postpartum relapse.

# A Getting Started Kit

## FOR SERVICE PROVIDERS

One of Health Canada's first steps under the TDRS was to gather recent and ongoing work concerning pregnant and postpartum women and pull it together into a useful format for service providers. The resulting *Tobacco Free Booklets for Prenatal and Postpartum Providers* (T2) consists of six individual booklets that give service providers access to the facts on smoking in pregnancy, information on available motivational and cessation resources and how to obtain copies, and an opportunity to reflect on their personal experiences and work related to smoking cessation with pregnant and postpartum women.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995
Fax: 613-941-5366

- The Community Health Research Unit at the University of Ottawa (P8) developed a two-day training workshop to train health care workers to understand and apply the Stages of Change Model in relation to smoking relapse among pregnant and postpartum women. The training used case studies and role plays to help participants develop the skills needed to use the *Start Quit, Stay Quit* (S17) program in individual and group settings.
- The *Smoke Free Environments for Everyone* project (S18) trained health and social service staff to provide smoking cessation support for pregnant teens using a self-help resource.
- The Council for a Tobacco-Free Region of Peel developed simple, one-page "guides" to accompany a humourous, seven-minute video on smoke free homes (T11). The guides help public health nurses introduce the topic of ETS and show clients how to create smoke free homes.
- The Program Training and Consultation Centre in Ottawa sent resource people to Ontario health departments for three- to five-day training and consultation sessions that tailored prenatal and postpartum smoking interventions to specific communities (E9).

# Developing Listening

## AND COUNSELLING SKILLS

Videos are a popular and effective addition or alternative to training workshops. *Asking to Listen* (A2) is an important addition to any training program for prenatal and postpartum smoking interventions. Consisting of a 35-minute video and a detailed guide, the resource provides comprehensive information on assessing a pregnant woman's readiness to change her smoking behaviour and suggests appropriate types of support at each stage of readiness. It provides simple, factual information to answer service providers' questions as well as those of their clients. And, most importantly, it encourages service providers to worry less about what to say by assuring them that listening is the best support they can offer a pregnant woman as she thinks about quitting.

Canadian Public Health Association
400-1565 Carling Avenue
Ottawa, ON K1Z 8R1
Phone: 613-725-3769 Fax: 613-725-9826
e-mail: hrc/cds@cpha.ca

five

# Lesson Five: Family approaches to creating smoke free environments for infants and children are needed.

## 1 Smoking during pregnancy and postpartum relapse are heavily influenced by the smoking behaviours of women's family and friends.

The key relationships in the lives of pregnant women who smoke are often with other smokers – partners, family and friends. Trying to quit makes them doubly different from their peers – they are pregnant and they are trying to stop smoking. Time and again, TDRS projects found that being surrounded by partners, extended families and friends who smoked had a powerful impact on pregnant and postpartum women in terms of the extent to which they were able to reduce or quit smoking and the likelihood of relapse (E10, P3, P8, R7, S4, T2).

For many women, being alone in trying to change their smoking behaviour while surrounded by other smokers who are not making any changes negatively affects their ability to succeed. An important lesson learned from the TDRS is that effective interventions in the prenatal and postpartum period need to reach all smokers in an individual household, not just the pregnant or postpartum woman (E10, P8, R7).

## 2 Greater emphasis should be placed on programs that foster smoke free families and homes.

The *Survey of Smoking in Canada* found that 32% of all Canadian women had smoked or were exposed to their partners' smoke during their most recent pregnancy and 74% of women who currently smoke either smoked or were exposed to partners' smoke during their most recent pregnancy (S8). Through focus group research, several TDRS projects discovered that, while most women were aware of the potential negative health effects on the fetus from maternal smoking, many women were less aware of the impact of environmental tobacco smoke (ETS) on the fetus, infants and young children (B6, S18, T11). Smokers and individuals from households with smokers consistently demonstrate a lower awareness of the health effects of exposure to ETS (A3, E1). This suggests a need to develop approaches that reach all adults and smokers living in individual households.

TDRS work found that the majority of adults favour placing some restrictions on the places where smokers may smoke when it is for the benefit of children's health (A3, E1, E2, E11). This suggests that ETS-related educational efforts directed toward all adult smokers and focusing on the impact on children have the potential to be effective.

Many prenatal smoking interventions include information on ETS and ways in which pregnant women can make their homes smoke free (K2, S13, U1). Although women tend to be the primary initiators of smoke free policies in their homes (R7), care must be taken not to add to their pressures or guilt by adopting strategies that seem to make women solely responsible for creating smoke free homes. Programs that focus on the whole family may reduce the guilt women feel when they are singled out to quit because they are pregnant, emphasize the shared responsibility of all smokers in a household, and provide an opportunity for children to be involved.

## 3 New programs that help families develop a smoke free home have been developed.

Through TDRS funding, many communities and organizations developed new programs and resources that take a family- or couple-centred approach to ETS education and awareness building. The types of programs developed include:

- The Council for a Tobacco-Free Peel Region developed a short video, pamphlet and fridge magnet that speak from a baby's perspective on the ways tobacco smoke affects her and addresses both parents through the slogan and title *Thanks Mommy and Daddy for a Smoke Free Home* (T11);

- *Baby's Coming, Baby's Home* (B6) consists of a brief video and support material that help families make their homes smoke free before the arrival of a new baby;
- *Start Quit, Stay Quit* (S17) is a couple's approach to becoming smoke free that provides practical advice for both the pregnant woman and expectant father as they work together on quitting smoking and keeping their home smoke free;
- The Physicians for a Smoke Free Canada's *Take It Outside* campaign (T1) uses a wide range of media, including displays on city buses, to encourage all smokers not to smoke in their homes and keep tobacco smoke away from children;
- Through *Helping Our Kids Breathe Easy* (H2), the Canadian Institute of Child Health provides community organizations with step-by-step support for launching a public education effort to reduce children's exposure to ETS;
- The *Smoke Free Spaces for the Little Reasons* campaign in the Gabriel Springs Health District of Saskatchewan (E11) includes a variety of resources and activities to educate the community about the health effects of ETS and encourages smokers not to smoke around children and pregnant women; and
- Health Canada distributed the mini-magazine *Smoke Gets in Your Eyes* (S3) through popular magazines such as *Canadian Living*. The magazine featured articles on the impact of ETS on the fetus, small children and other age groups.

## Creating Smoke Free ENVIRONMENTS for babies

The Community Health Program, St. Johns Region and the Newfoundland and Labrador Lung Association shared a concern about the extent to which new babies were exposed to environmental tobacco smoke. They decided to work together to help prenatal and postpartum women create smoke free environments for their babies. The result is *Baby's Coming, Baby's Home* (B6), a 10-minute video and support materials.

The project also provided training for resource people who work with prenatal and postpartum women. After receiving the training, resource people use the video in a one-to-one or group setting. The video itself, which is accompanied by a discussion guide for the resource person, tells one woman's story about her first pregnancy and her efforts to make her home smoke free during her second pregnancy. Support materials include household visual cues such as a door knob hanger and decals. Both the video and the training provided for resource people are appropriate to work with women living on low incomes or with low literacy skills.

## Key Elements IN A COMMUNITY CAMPAIGN

When the Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps approached the Gabriel Springs Health District about piloting a community environmental tobacco smoke (ETS) awareness campaign, they knew that they had to find several ways to get their message across and involve the community in developing the campaign. The result was the *Smoke Free Spaces for the Little Reasons* campaign (E11). By field testing all materials, including the slogan, logo, posters and pamphlets, the campaign organizers were able to raise community awareness about ETS before actually launching the campaign!

To encourage community residents to commit to not smoking around children and pregnant women, a contract and prize draw contest was developed. Smokers who signed the contract agreeing not to smoke around children and pregnant women were entered into a draw for several prizes donated through community businesses – a $500 shopping spree for the under 18 entrants and a family weekend at the Fantasyland Hotel in the West Edmonton Mall for the adult entrants.

Other resources developed for a provincial campaign included a poster and brochure for pregnant women "You can already see his feet, his hands...but can you see the effects of smoking?", a poster and brochure for the general public "She needs to breathe more than you need to smoke" and an information booklet *Tobacco Smoke: The Risk to Unborn Babies, Pregnant Women and Children.*

## For more information

ON TOBACCO CONTROL:

Health Canada's website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

Canadian Council for Tobacco Control's website: www.cctc.ca

Quit 4 Life website:

# TDRS
## DOCUMENT CODES

The TDRS, in association with a range of partners, produced hundreds of reports, resources and papers. This section provides a brie description of each resource referenced in the summary. Information for finding out more about the project or ordering a resource is included, when available. Other items may be borrowed through interlibrary loan from the *Departmental Library, Dept. of Health Canada. Please contact* your public or institutional library to make arrangements for any such loans.The majority of the projects were conducted under the TDRS. Documents from projects that were initiated prior to the TDRS are denoted by an asterisk (*).

**A2** **Asking to Listen. Resources for perinatal providers.** 1997, English and French.

This 35-minute video and facilitator's guide is designed for service providers who work with pregnant and postpartum women. The resource provides training on effective counselling techniques for discussing tobacco use.

Canadian Public Health Association
400-1565 Carling Avenue
Ottawa, ON K1Z 8R1
Phone: 613-725-3769 Fax: 613-725-9826
e-mail: hrc/cds@cpha.ca

**A3** **An Assessment of Knowledge, Attitudes and Practices Concerning Environmental Tobacco Smoke.** 1995, English.

Unpublished research report on a survey of 2300 parents of children aged 12 years and younger and 700 extended family members. The study also conducted 10 focus groups across the country with children 8 to 10 years and 10 with children 11 to 12 years. A summary document is available: see E1.

**A4** **Assessment of Child Care Provider's Knowledge, Attitudes and Practices Towards ETS.** 1995, English.

Unpublished research report on a survey of 3,695 individuals providing child care in licensed centres, regulated home care, unlicensed home care, and other settings. In addition, focus groups were conducted with child care providers in six cities. A summary document is available: see E1.

**B6** **Baby's Coming, Baby's Home.** 1997, English.

This program is designed to help prenatal and postpartum mothers and their families to create smoke free environments for their babies. Resources include a 10-minute video, a discussion guide, a door knob hanger, a decal and an evaluation report.

**E1** **Environmental Tobacco Smoke: Knowledge, Attitudes and Actions of Parents, Children, and Child Care Providers.** 1995, English and French.

Presents key information from a study of the knowledge of and attitudes toward ETS by parents, extended family and children as well as a study of child care providers. A summary report of two larger studies: see A3 and A4.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366

**E2** **Environmental Tobacco Smoke (ETS) in Home Environments.** 1996, English and French.

Reviews the current knowledge concerning ETS exposure in home environments, provides examples of current activities to control ETS in home environments, suggests options and strategic activities to reduce ETS exposure, and assesses the impact and future directions for policy and program development.

**E9** **Evaluation Report 1996/97. Program Training and Consultation Centre.** 1997, English.

The PTCC, a training and support resource centre for the Ontario Tobacco Strategy, used TDRS funding to expand its services with often under-served francophone and northern communities in Ontario. The PTCC sent tobacco consultants to local communities for 71 on-site consultations.

**E10** **Evaluation of a Smoking Relapse Prevention Intervention for Postpartum Women.** 1997, English.

Nurses were trained to provide in-hospital counselling on postpartum smoking relapse to new mothers at the time of birth. Of the 254 women who participated, 60% of the women who received the intervention reported postpartum smoking compared to 71.4% of the women who had not received the intervention.

**E11** **Environmental Tobacco Smoke: Effects on Children's Health Before and After Birth.** 1997, English.

This project raised the awareness of the general public, parents, caregivers and pregnant women about the adverse health effects of ETS. The project produced a final report, posters, an information package and booklet, and a fact sheet.

**H2** **Helping Our Kids Breathe Easy: A Community Guide to Reduce Exposure to Environmental Tobacco Smoke.** 1997, English and French.

A guide for parents, caregivers, teachers, doctors, etc. who want to create smoke free homes for children. A resource book provides how-to information for a public education campaign, a community action program and a one-on-one approach with people who smoke. A WordPerfect computer disk version is available.

Canadian Institute of Child Health
885 Meadowlands Drive East, Suite 512
Ottawa, ON K2C 3N2
Phone: 613-224-4144 Fax: 613-224-4145

**K2** **Kick Butt for Two.** 1997, English and French.

The project developed a smoking reduction and cessation group support program for pregnant teens and young single parents aged 14 to 24. A facilitator's guide and evaluation report are available.

Young Single Parents Network
659 Church Street
Ottawa, Ontario K1K 3K1
Phone: 613-749-4584 Fax: 613-749-7018

**P3** **Pre and Postnatal Smoking: A Review of the Literature.*** 1994, English and French.

A comprehensive review of the literature on the health effects on the fetus of exposure to tobacco smoke, the health effects on the infant and child of exposure to ETS, trends and prevalence of maternal smoking during pregnancy, postpartum relapse, smoking cessation programs for pregnant women, and recommendations for research, program and policy development. This document is summarized in the *Tobacco-Free Booklets for Prenatal and Postpartum Providers* series (See T2c).

Website: www.uottawa.ca/academic/med/epid/chru.html

**P8** **Preventing Smoking Relapse Postpartum: Pilot Studies in Calgary and Nova Scotia.** 1997, English.

Unpublished research report. Training workshops were offered to practitioners and a smoking relapse prevention intervention was implemented with pregnant and postpartum women to prevent postpartum smoking relapse.

**R7** **Reducing Smoking Relapse During Pregnancy and Postpartum of Women and Their Partners.** 1997, English.

A summary of the objectives, methods, results and conclusions of a three-phase project addressing smoking and smoking relapse among pregnant and postpartum women. Pilot tested the *Start Quit, Stay Quit* intervention: see S17.

**S3** **Smoke Gets in Your Eyes.** 1995, English and French.

A small magazine consisting of several articles that raise awareness about smoke-free environments for families and present factual information on the effects of environmental tobacco smoke.

Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

**S4** **Smoking and High Risk Pregnant Women.** 1996, English and French.

A literature review defining the concept of "hard-to-reach" and identifying the factors associated with smoking during pregnancy, cessation interventions and recruitment strategies for hard-to-reach pregnant smokers.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366
Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

**S8** **Survey of Smoking in Canada, Cycles 1-4.** 1995, English and French.

Modified longitudinal national survey that collected information on roughly 15,800 Canadians 15 years of age and older at four intervals during a one year time frame.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366

**S13** **Stopping When You're Ready.*** 1994, 1996, English.

A self-help smoking cessation kit for pregnant women who smoke. The kit includes five booklets based on the Stages of Change, as well as a number of inserts for each booklet. Women choose the appropriate booklet for the stage based on an introductory quiz. Master copies are available for groups that wish to print or photocopy large quantities.

Cambium Consulting
3054 Klondike Road
North Gower, ON K0A 2T0
Phone: 613-489-1999 Fax: 613-489-2777

**S14** **Smoking Cessation Training Resource for Prenatal and Postpartum Providers: Needs Assessment Final Report.** 1995, English.

Assesses the need for a smoking cessation training resource for prenatal and postpartum service providers and identifies the type of information and resource desired by the service providers. Presents the results of a written survey from 40 respondents, interviews with 26 experts, a document review and a review of training resources.

**S16** **The Smoke Free Journey Counselling Guide.** 1997, English.

Provides lay counsellors with information and skill development activities so that they can discuss tobacco reduction options with Aboriginal women during pregnancy. Resources consist of a final report, a self-training manual for counsellor and posters.

Northern Family Health Society
1010B - 4th Avenue
Prince George, BC V2L 3J1
Phone: 250-561-2689 Fax: 250-562-2592

**S17** **Start Quit, Stay Quit.** 1997, English.

A couple's approach to reducing postpartum smoking relapse the resource consists of two matching booklets, one for women and one for their partners. The resource has been used in research and pilot tests: see P8 and R7.

Community Health Research Unit
University of Ottawa
Dept. of Epidemiology and Community Medicine
451 Smyth Road
Ottawa, ON K1H 8M5
Phone: 613-562-5800, ext. 8262
Website: www.uottawa.ca/academic/med/epid/chru.html

**S18 Smoke Free Environments for Everyone.** 1997, English.

The project used a self-help cessation package to work on reducing smoking among pregnant teens and their families. The project found that smoking cessation is not a high priority for pregnant teens but it raised their awareness of the health effects of tobacco use and increased the knowledge and confidence of staff working with pregnant teens.

**T1 Take It Outside.** 1996, English and French.

A media campaign to encourage physicians to be more active in promoting smoke free spaces for children, increase media awareness, increase parental knowledge and motivate parents to have smoke free homes. Campaign included print ads, transit ads for buses and TV spots, all designed to surprise smokers into paying attention, give a non-judgmental message and encourage smokers to smoke outside.

Physicians for a Smoke Free Canada
PO Box 4849, Station E, Ottawa, ON K1S 5J1
Phone: 613-233-4878 Fax: 613-567-2730
Website: www.smoke free.ca

**T2 Tobacco-Free Booklets for Prenatal and Postpartum Providers (6) A–F.** 1995, English and French.

A series of six booklets designed for health professionals and service providers summarizing key information about smoking in the prenatal period. Individual titles in the series include:

a. Smoking and Pregnancy: A Woman's Dilemma.
b. Tobacco Resource Material for Prenatal and Postpartum Providers: A Selected Inventory.
c. The Effects of Tobacco and Second-Hand Smoke in the Prenatal and Postpartum Periods: A Summary of the Literature.*
d. Tobacco Reduction in Prenatal and Postpartum Programs for High-Priority Families: Results of a Cross-Canada Survey.
e. Smoking Interventions in the Prenatal and Postpartum Periods.
f. Smoking and Pregnancy: Selected Program Profiles
*Item "c" is a summary of P3.

Publications Unit, Health Canada
Phone: 613-954-5995 Fax: 613-941-5366

**T5 Tobacco Use and Cessation Programs: An Inventory of Self-Help and Group Programs.**
1997, English and French.

An update of a 1996 print version of the inventory, the 1997 version is available only on the Health Canada website.

Website: www.hc-sc.gc.ca/hppb/tobaccoreduction

**T11 Thanks Mommy and Daddy for a Smoke free Home.** 1997, English.

A program to encourage expectant parents to make their homes smoke free. The project produced a seven-minute video *Look Who's Coming to Dinner*, a pamphlet *Making Your Home Smoke Free*, fridge magnets, and a final report.

**T12 Towards Healthy Family Breathing.** 1997, English.

A training project to help perinatal workers address smoking issues with their pregnant clients. Workers were trained in the five Stages of Change and used the resource *Stopping When You're Ready*. Resources consist of T-shirts and pins.

**U1 Une grossesse sans tabac.** 1997, French.

An evaluation of a smoking cessation self-help program for pregnant Francophone women. The program is based on the five Stages of Change Model.

# Le tabagisme chez les femmes pendant les périodes prénatale et postnatale

Au cours de la dernière décennie, on a assisté à une prise de conscience croissante de la multiplicité et de la gravité des effets sur la mère comme sur le fœtus de la consommation de produits du tabac et de l'exposition à la fumée de tabac ambiante (FTA) pendant la grossesse. Un survol de la documentation réalisé par Santé Canada sur le tabagisme et l'exposition au tabac avant la conception et pendant les périodes prénatale et postnatale a mis en évidence une série de répercussions néfastes sur la santé[1]. Le tabagisme chez la femme enceinte a été associé à des cas d'insuffisance pondérale à la naissance, de placenta prævia et d'accouchement prématuré. La fumée de tabac ambiante a été liée à des infections de l'oreille, à diverses maladies respiratoires et à la mort subite du nourrisson chez les bébés et les enfants.

## À l'intérieur : PRINCIPALES LEÇONS


**4** Malgré leur motivation, les femmes enceintes ont de la difficulté à renoncer au tabac.

**8** La plupart des femmes qui cessent de fumer pendant leur grossesse rechutent après la naissance du bébé.

**10** Diverses mesures ont été mises en place pour accroître l'efficacité des programmes.

**14** Lorsqu'ils reçoivent une formation et un soutien appropriés, les intervenants ont l'impression de pouvoir jouer un rôle très efficace.

**18** Il faudrait sensibiliser les familles à la nécessité de créer un foyer sans fumée pour les bébés et les enfants.


Au début de la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT), environ 37 % des Canadiennes en âge de procréer fumaient[2]. Peu de programmes étaient spécifiquement conçus pour aider les femmes qui souhaitaient réduire leur consommation de tabac pendant la grossesse ou offrir à leur bébé un foyer sans fumée. Les femmes enceintes et celles venant d'accoucher ont été désignées comme un des principaux groupes cibles de la SRDT. Des mesures ont été prises en vue de trouver et d'offrir aux femmes les programmes et les ressources dont elles ont besoin pendant les périodes prénatale et postnatale, et de donner aux intervenants qui travaillent auprès des femmes enceintes des renseignements sur les programmes efficaces. Ces efforts ont permis de mettre de nouveaux programmes à la disposition des femmes comme des dispensateurs de services.

[1] Edwards, N., Sims-Jones, N., Hotz, S. (1994) *Usage du tabac en période pré et postnatale : revue des documents de référence*, Ottawa, Santé Canada.

[2] Santé Canada (1994) *Stratégie de réduction de la demande de tabac : une vue d'ensemble*.

# Contexte : Information sur le contrôle du tabac au Canada et le présent document.

## 1 Au sujet de la Stratégie de réduction de la demande de tabac.

En février 1994, le gouvernement fédéral lançait la Stratégie de réduction de la demande de tabac (SRDT), un programme de trois ans visant à combattre l'usage du tabac au Canada. La SRDT s'inscrivait dans la continuité du travail et des orientations de la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme (SNLT), mise sur pied en 1987. En accord avec la SNLT, les trois objectifs de la SRDT étaient les suivants :

- aider les non-fumeurs à le demeurer ;
- encourager et aider ceux qui veulent cesser de fumer à le faire ;
- protéger la santé et les droits des non-fumeurs.

## 2 Au sujet de la série de résumés – leçons tirées de la SRDT.

Le texte que voici fait partie d'une série de cinq résumés qui mettent en évidence les leçons tirées de la SRDT. Les autres thèmes abordés sont les jeunes, les Autochtones, les francophones et les femmes. Ces résumés visent à aider les professionnels de la santé et les décideurs à mettre au point les futures interventions en matière de réduction du tabagisme. Chaque résumé recense les principales leçons qui ont été tirées du travail accompli sur le sujet en question et trace le profil de quelques-uns des nombreux projets communautaires et ressources locales et nationales élaborés dans le cadre de la SRDT. Ces projets et ressources sont décrits tout au long des résumés. Les codes, comme « A4 » et « W10 », qui apparaissent çà et là dans les résumés, renvoient à la liste complète des ressources donnée à la fin de chacun d'eux.

## 3 À propos de l'Initiative de lutte contre le tabagisme.

L'Initiative de lutte contre le tabagisme a été annoncée en novembre 1996 et représente un engagement fédéral de 100 millions de dollars sur cinq ans, débutant en 1997–1998. Cette vaste stratégie comporte quatre volets principaux : loi et règlements, application de la loi, recherche et éducation du public.

S'appuyant sur les leçons tirées et les résultats obtenus dans le cadre de la Stratégie de réduction de la demande de tabac et d'autres stratégies antitabac, le volet éducation du public de l'Initiative vise à améliorer la santé et la qualité de vie en général des Canadiens et des Canadiennes, en particulier les jeunes, par :

- la définition et la communication des meilleures pratiques ;
- la formation et la consultation, afin que les collectivités soient plus aptes à offrir de bons programmes de réduction du tabagisme ;
- la sensibilisation du public aux méfaits du tabac et à l'industrie du tabac.

...nariat avec les provinces, les territ... organismes de la santé, les groupe...autaires et les organismes de ser... jeunesse, l'Initiative intensifiera ...s de prévention, de protection et ...n du tabac amorcés dans le cadre ...tégie de réduction de la demande

**REMERCIEMENTS**

Santé Canada tient à remercier la Dre Nancy Edwards, du Centre de recherche pour la santé communautaire de l'Université d'Ottawa, qui a réalisé les recherches documentaires initiales ; Mona Wynn, de Canibium Consulting, qui a rédigé ce résumé ; DesignCo, qui s'est occupé de la conception graphique et de la présentation du résumé.

Also available in English as : Prenatal and Postpartum Women and Tobacco

© Santé Canada 1999

**4 Au sujet du présent résumé – Le tabagisme chez les femmes pendant les périodes prénatale et postnatale.**

L'initiative prénatale et postnatale entreprise dans le cadre de la SRDT comportait des survols de la documentation, de vastes enquêtes, des études qualitatives, des études spécialisées devant permettre de concevoir et de mettre à l'essai des interventions et des projets d'élaboration de ressources. Un travail de synthèse a été réalisé tout au long de 1997 en vue de regrouper les conclusions et de donner un aperçu de tous les projets et activités concernant les femmes pendant la grossesse et la période postnatale, s'inscrivant dans le cadre de la SRDT. Les leçons dégagées de ce travail sont regroupées selon cinq grands thèmes qui sont présentés dans ce résumé.

# Première leçon : Malgré leur motivation, les femmes enceintes ont de la difficulté à renoncer au tabac.

**1 Il est difficile d'obtenir des chiffres exacts sur la question, mais il semble que les taux de prévalence du tabagisme pendant la grossesse aient chuté entre les années 60 et les années 90.**

Selon un survol de la documentation réalisé avant la SRDT sur le tabagisme chez les femmes enceintes (P3), il n'existait aucune donnée nationale permettant de dégager les tendances relatives au tabagisme pendant la grossesse au Canada. L'étude a fait appel à des données provinciales et à des sources de renseignements américaines et européennes pour analyser les tendances relatives à la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes. Le tableau qui s'en dégage révèle les tendances concernant la prévalence du tabagisme en général, à savoir que les femmes enceintes sont proportionnellement moins nombreuses à fumer pendant les années 90 qu'au cours des années 60.

**2 L'intention de cesser de fumer semble plus grande chez les femmes pendant la grossesse qu'à tout autre moment de leur vie.**

Pendant la grossesse, il est probable que les fumeuses s'interrogent sur leurs habitudes de consommation de tabac et tentent de les modifier. Dans les études qualitatives réalisées dans le cadre de plusieurs projets communautaires relevant de la SRDT, les femmes enceintes ont indiqué vouloir s'affranchir de la cigarette et être disposées à participer à l'élaboration et à la mise à l'essai de ressources et de programmes (B6,

K2, S16, T12). Les études citées dans le survol de la documentation effectué avant la SRDT (P3) montrent que les femmes enceintes sont proportionnellement plus nombreuses à cesser de fumer et fument moins en moyenne que les fumeuses qui ne sont pas enceintes. Toujours d'après le survol, les femmes semblent donner suite très tôt à leur intention de renoncer à la cigarette. En effet, la plupart des fumeuses enceintes qui tentent de se libérer de la cigarette le font pendant le premier trimestre de la grossesse.

**3 Selon les données de l'enquête menée dans le cadre de la SRDT, la majorité des femmes qui fument actuellement ont continué de le faire pendant leur dernière grossesse.**

*L'Enquête sur le tabagisme au Canada* (S8) a recueilli des éléments d'information auprès d'un échantillon d'environ 15 800 Canadiens de plus de 15 ans. L'information a été recueillie sur quatre cycles de trois mois. L'enquête a mesuré les taux de tabagisme et les changements dans les habitudes liées à la cigarette au cours d'une année. Il s'agissait aussi de l'une des premières enquêtes nationales sur le tabagisme à recueillir des données précises sur le tabagisme chez les femmes enceintes.

Au cours du premier cycle, l'enquête a établi que la prévalence du tabagisme chez les femmes en âge de procréer (15 à 44 ans) s'élevait à près de 34 %. Les taux de prévalence du tabagisme étaient de 29 % chez les filles âgées de 15 à 19 ans, de 38 % chez les femmes de 20 à 24 ans et d'un peu plus de 34 % chez celles de 25 à 44 ans.

De toutes les femmes âgées de 20 à 44 ans (fumeuses et non-fumeuses) qui avaient été enceintes au cours des cinq années précédant l'enquête, 19 % ont déclaré avoir fumé « régulièrement » pendant leur dernière grossesse. Par contre, 58 % des femmes qui fumaient au moment de l'enquête ont indiqué avoir fumé pendant leur dernière grossesse (S8, Cycle 4).

La grossesse est une période où beaucoup de femmes s'interrogent sérieusement sur leurs habitudes de consommation de tabac, qu'elles réussissent ou non à s'affranchir de la cigarette. Dans une étude qualitative réalisée auprès de 43 femmes, bon nombre d'entre elles ont décrit leur grossesse comme une période où elles ont posé un regard différent sur leur consommation de tabac (R7). Étant donné que les femmes enceintes sont ouvertes à une réflexion sur le rôle que joue le tabagisme dans leur vie, la période prénatale se prête bien à une intervention visant à réduire la consommation du tabac.

**4 Certains groupes de femmes ont plus de difficulté que d'autres à renoncer à la cigarette.**

Les travaux réalisés dans le cadre de la SRDT ont mis en évidence plusieurs différences entre les femmes qui cessent de fumer et celles qui continuent de fumer pendant leur grossesse. Le tabagisme pendant la grossesse est le plus répandu chez les femmes qui ont 20 ans ou moins et plus fréquent chez celles qui ont commencé à fumer tôt dans leur vie (P3). Les femmes enceintes qui sont confiantes dans leur capacité de renoncer à la cigarette et qui sont très conscientes des risques associés au tabagisme semblent réussir à se libérer de la cigarette et à demeurer non-fumeuses, même si elles ne bénéficient d'aucune intervention (R7).

Étant donné le taux de prévalence du tabagisme relativement élevé observé chez les femmes enceintes, on doit se poser la question : Pourquoi les femmes fument-elles pendant leur grossesse? Le contexte social dans lequel évoluent les femmes explique en grande partie qu'elles continuent de fumer pendant leur grossesse. Celles qui continuent de fumer lorsqu'elles sont enceintes sont généralement entourées de membres de la famille et d'amis qui fument. Un survol de la documentation sur le tabagisme et les femmes à haut risque montre que le maintien de l'habitude de la cigarette pendant la grossesse est associé entre autres au fait d'avoir un partenaire fumeur et à l'exposition à la fumée de tabac ambiante (S4). Dans une étude sur les femmes qui fument pendant la grossesse et la période postnatale, plus de 50 % des 226 répondantes ont déclaré qu'au moins la moitié de leurs proches, amis et membres de la famille, fumaient (R7).

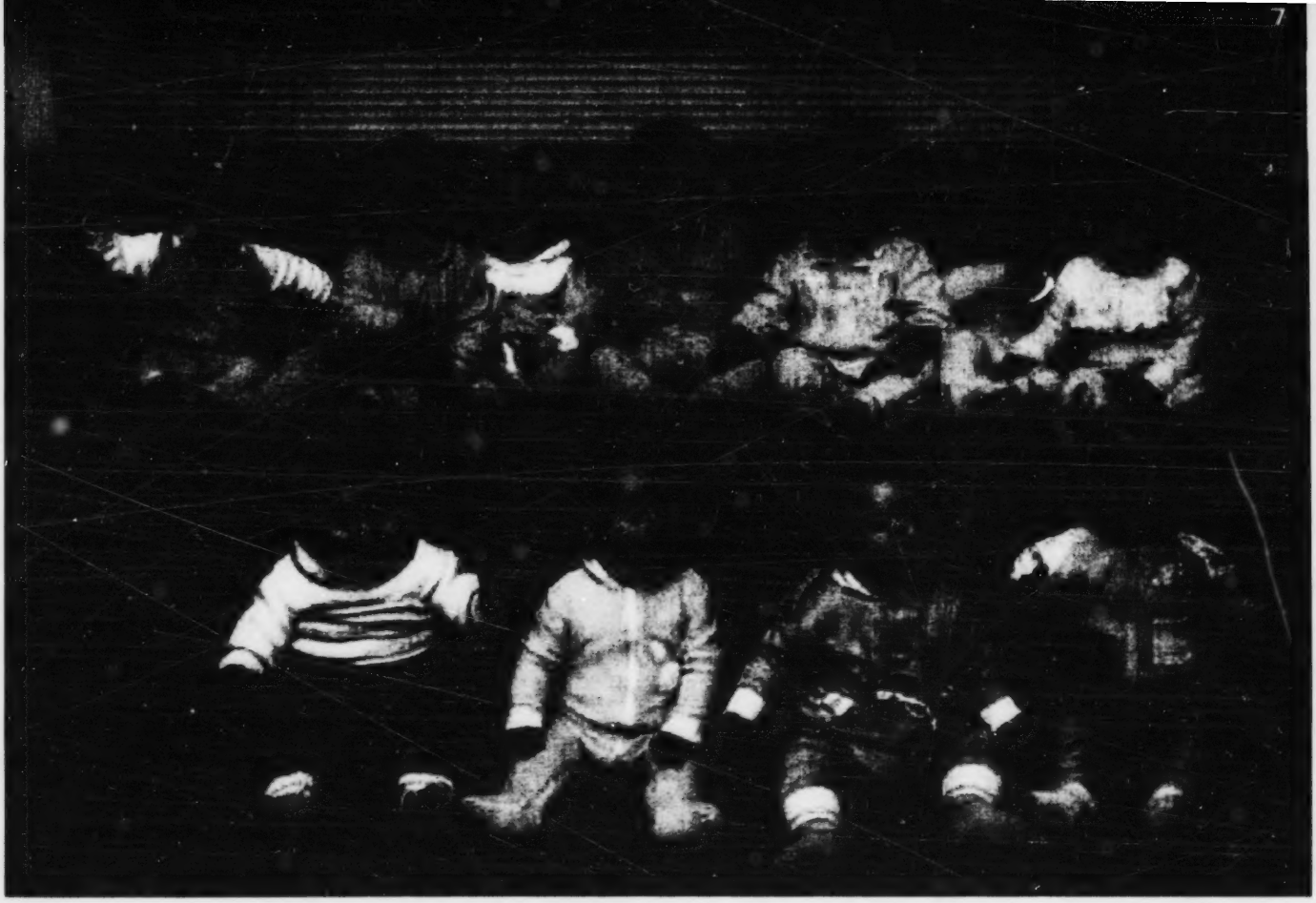
**5 On pourrait réduire le pourcentage de femmes qui fument pendant leur grossesse si on leur offrait du soutien.**

Il existe relativement peu de données indiquant le genre de méthodes (p. ex. la thérapie de substitution de la nicotine, les démarches collectives, les guides individuels) qu'utilisent les fumeuses pour renoncer à la cigarette pendant leur grossesse. Environ 13 à 21 % des femmes arrêtent spontanément de fumer (sans l'aide d'un intervenant) lorsqu'elles songent à devenir enceintes ou dès qu'elles découvrent qu'elles le sont (P3, T2e). En outre, il est possible que de 2 à 22 % des femmes enceintes qui fument cessent spontanément de fumer plus tard au cours de leur grossesse (P3, T2e). Au total, la proportion de fumeuses qui peuvent cesser spontanément de fumer pendant leur grossesse varie de 15 % à 43 %. On pourrait sans doute augmenter ces chiffres si l'on offrait aux femmes enceintes une série d'interventions et d'options spécialement conçues pour faciliter le sevrage tabagique chez cette clientèle.

# Conseils aux FEMMES AUTOCHTONES pendant la grossesse

La Northern Family Health Society de Prince George, en Colombie-Britannique, souhaitait exercer une influence sur la consommation de tabac chez les femmes autochtones enceintes. Elle a utilisé des fonds alloués dans le cadre de la SRDT pour élaborer un guide, *The Smoke Free Journey Counselling Guide* (S16), qui offre aux conseillers non professionnels la possibilité d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences pour être mieux en mesure de discuter avec les femmes autochtones des moyens de réduire la consommation de tabac pendant leur grossesse. Le guide propose, en matière de counselling, des démarches axées sur les solutions et intègre des enseignements tirés du Cercle d'influences et de l'Arbre sacré, qui améliorent l'utilité des outils antitabagisme qui existent déjà pour les femmes autochtones. Une série de trois affiches adaptées à la réalité culturelle autochtone a aussi été conçue pour mieux sensibiliser les femmes enceintes et leur famille.

Northern Family Health Society
1010-B 4th Avenue
Prince George (C.-B.) V2L 3J1
Téléphone : 250-561-2689



# Soutien aux
## JEUNES FEMMES ENCEINTES
## qui veulent renoncer à la cigarette

Les dispensateurs de services du Réseau des jeunes parents célibataires, à Ottawa, avaient constaté qu'un grand nombre de jeunes femmes qui faisaient appel à leurs services étaient des fumeuses. Lorsqu'ils ont tenté de trouver un programme d'aide au sevrage tabagique pour le groupe, ils ont découvert qu'il n'existait aucune ressource qui tenait compte à la fois des problèmes des jeunes et des problèmes liés à la grossesse et à la monoparentalité. Grâce aux fonds reçus de la SRDT, le réseau a élaboré un nouveau programme en français et en anglais, *Maman, on écrase !* (K2). Ce programme d'aide prévoit huit séances de groupe. Même s'il incite les participantes à cesser de fumer, il offre aussi comme options la réduction de la consommation de tabac et la modification d'autres habitudes de vie. La formule du programme étant souple, les participantes ont la possibilité de choisir les sujets dont elles veulent discuter au lieu de se voir imposer un programme. Le programme a permis de tirer une leçon importante, à savoir qu'il est important que les jeunes femmes enceintes et les jeunes chefs de familles monoparentales aient l'occasion de discuter de tous les facteurs de stress auxquels elles font face dans la vie, avec lesquels elles composent en fumant, et que le fait d'en parler est un bon point de départ vers la réduction ou l'abandon de l'usage du tabac.

Réseau des jeunes parents célibataires
659, rue Church
Ottawa (Ontario) K1K 3K1
Téléphone : 613-749-4584
Télécopieur : 613-749-7018

# Deuxième leçon : La plupart des femmes qui cessent de fumer pendant leur grossesse rechutent après la naissance du bébé.

**1 Les femmes qui cessent de fumer pendant leur grossesse font souvent une rechute après la naissance du bébé.**

Si la plupart des fumeuses réussissent à renoncer à la cigarette à un moment donné lorsqu'elles envisagent de devenir enceintes ou au début de la grossesse, beaucoup ont de la difficulté à demeurer non fumeuses. Selon un survol de la documentation réalisé avant la SRDT, environ 60 % des femmes qui renoncent à la cigarette pendant une partie ou toute la durée de leur grossesse recommencent à fumer avant que leur bébé n'atteigne l'âge de six mois (P3). Ce taux élevé de rechute implique des répercussions néfastes sur la santé d'une forte proportion de fumeuses ainsi que sur les bébés et les enfants exposés à la fumée de tabac ambiante.

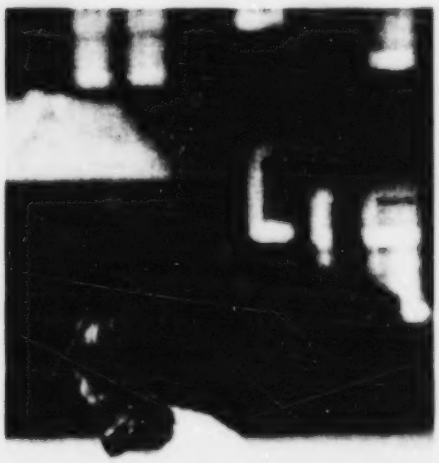
**2 Les attentes des femmes et l'attitude de leur famille et de leurs amis jouent un rôle dans la rechute observée pendant la période postnatale.**

Diverses raisons expliquent que les femmes recommencent à fumer après la naissance du bébé. Dans certains cas, la femme se propose de renoncer à la cigarette seulement pendant sa grossesse et non pas à long terme. Il arrive que ce point de vue soit partagé par l'entourage de la femme, soit son partenaire, sa famille et ses amis, qui s'attendent tous à ce qu'elle recommence à fumer après sa grossesse et qui, habituellement, continuent de fumer pendant sa grossesse. En fait, si l'on fait abstraction du rôle joué par la famille et les amis dans la rechute observée pendant la période postnatale, l'efficacité des interventions risque d'être réduite (E10).

**3 Les recherches réalisées dans le cadre de la SRDT ont attiré l'attention et mis l'accent sur la période postnatale.**

Deux projets de recherche en milieu universitaire ont été entrepris dans le cadre de la SRDT. La School of Nursing et l'Institute of Health Promotion Research de Vancouver ont mis à l'essai une inter-

vention axée sur la prévention des rechutes, qui consistait à offrir des conseils individuels à l'hôpital au moment de la naissance, suivis de séances téléphoniques de suivi (E10). Au total, 254 femmes ont pris part à l'étude qui a abouti à la conclusion que des interventions peuvent être efficaces pendant la période postnatale.



Un second projet a été mené par le Centre de recherche pour la santé communautaire à Ottawa. Il comprenait deux volets : une étude qualitative réalisée auprès de 43 femmes, où l'accent était mis sur les facteurs contextuels qui ont influé sur leur décision de cesser de fumer, de demeurer non fumeuses ou de recommencer à fumer pendant leur grossesse et après la naissance du bébé, et une étude longitudinale qui visait à observer 109 femmes pendant leur grossesse et 117 femmes pendant la période postnatale en vue de dégager les facteurs de prédiction de leur évolution à divers stades de leur préparation au renoncement (R7). Selon l'étude qualitative, le milieu dans lequel évolue la femme, le degré de sa dépendance à la nicotine, sa perception d'elle-même comme fumeuse et son réseau de relations sociales sont autant de facteurs qui doivent être pris en considération si l'on veut que les interventions antitabagisme portent fruit. D'après l'étude longitudinale, les femmes sont proportionnellement plus disposées à faire des efforts pour cesser de fumer pendant la grossesse qu'après la naissance du bébé, et dans les deux groupes, la décision de renoncer à la cigarette était davantage motivée par un souci de préserver la santé de leur bébé que leur propre santé.

# Prévention
## DES RECHUTES
## pendant la période postnatale

Comme elle reconnait que les rechutes postnatales sont fréquentes et représentent un phénomène important qui doit être pris en considération dans les interventions prénatales et post-natales axées sur le renoncement au tabac, la SRDT a prévu une étude importante sur les rechutes, qui a donné lieu à une nouvelle intervention, *Start Quit, Stay Quit* (S17). Ce programme est conçu pour être utilisé pendant la période prénatale et commence à préparer les femmes d'avance à la possibilité d'une rechute après la naissance du bébé et à les aider à prendre des mesures de prévention.

La trousse comprend deux brochures, l'une destinée à la femme, l'autre à son partenaire Un atelier de formation et un guide axé sur l'accroissement de la motivation des femmes sont mis à la disposition des dispensateurs de services. De grandes affiches ont été conçues pour promouvoir le programme et inciter les femmes à y participer.

Centre de recherche pour la santé communautaire, Université d'Ottawa,
Département d'épidémiologie et de médecine communautaire
451, rue Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8M5
Téléphone : 613-562-5800, poste 8262
Site Web : www.uottawa.ca/academic/med/epi/chru.html

troisième

# Troisième leçon : Diverses mesures ont été mises en place pour accroître l'efficacité des programmes.

**1 Avant la mise en œuvre de la SRDT, la plupart des programmes de réduction du tabagisme destinés aux femmes pendant les périodes prénatale et postnatale avaient été conçus dans d'autres pays.**

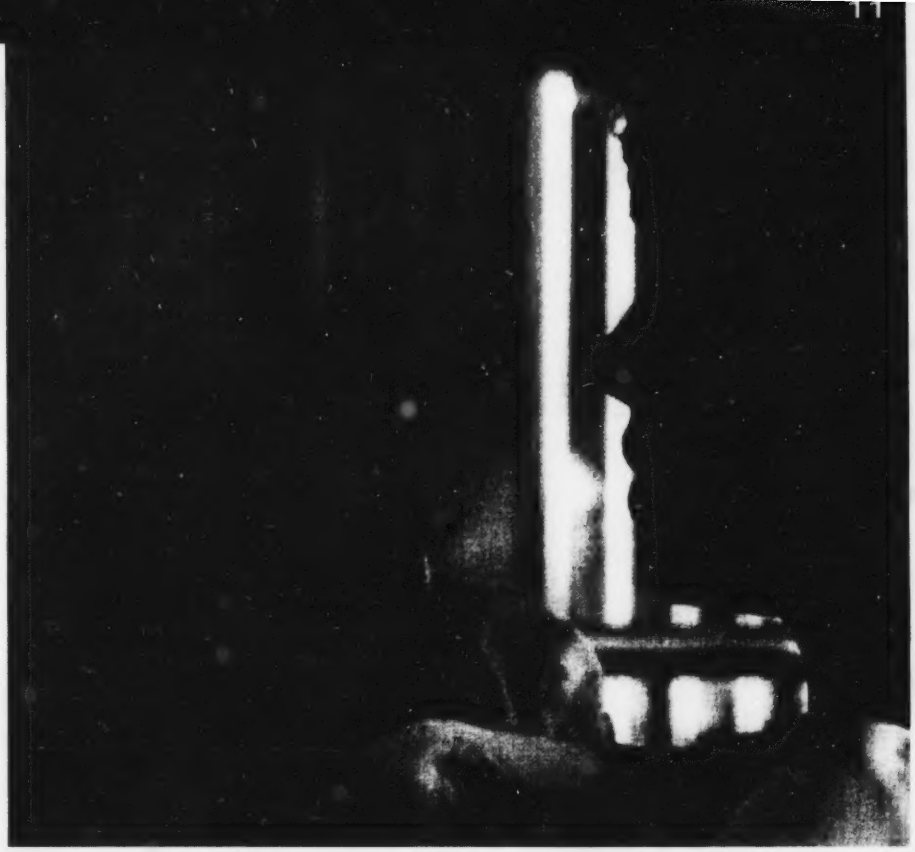
Une liste de programmes d'aide au sevrage tabagique accessibles au Canada, dressée en 1996, faisait état de six programmes destinés aux femmes enceintes (T5). De ce nombre, quatre avaient été mis au point aux États-Unis ou adaptés d'un programme américain. Si tous ces outils avaient été spécifiquement conçus pour tenir compte des facteurs liés au renoncement au tabac pendant la grossesse, on ignorait dans quelle mesure les programmes élaborés aux États-Unis étaient adaptés au contexte socioculturel canadien. Deux nouveaux programmes élaborés dans le cadre de la Stratégie ontarienne contre le tabagisme (S13, U1) faisaient figure d'exception, mais ces programmes n'ont pas été largement diffusés en dehors de l'Ontario.

**2 Dans le cadre de la SRDT, les nouveaux programmes de réduction du tabagisme destinés aux femmes pendant la grossesse et la période postnatale mettent l'accent sur les différents stades de leur préparation au renoncement.**

Un seul des programmes d'aide au sevrage tabagique destinés aux femmes enceintes utilisés au Canada avant la mise en œuvre de la SRDT reposait sur le principe des Étapes du changement (S13). Selon ce modèle, le renoncement au tabac doit être perçu comme un cheminement ou une série d'étapes et non pas comme un événement unique qui survient lorsque la personne cesse effectivement de fumer. Le changement de comportement qui s'observe lorsque la personne s'apprête à renoncer à la cigarette comporte cinq étapes : envisager de cesser de fumer, décider de cesser de fumer, se préparer à cesser de fumer, cesser de fumer et persévérer dans cette voie. Le modèle prévoit la fréquence des rechutes qui peuvent se produire à n'importe laquelle de ces étapes et part du principe que les rechutes doivent être perçues comme un phénomène normal auquel on doit s'attendre de toute personne qui cherche à s'affranchir de cigarette.

Presque tous les programmes de renoncement au tabac axés sur la grossesse et la période postnatale, élaborés dans le cadre de la SRDT, sont fondés sur le modèle des Étapes du changement (B6, K2, R7, S13, S18, T12), de sorte qu'il est reconnu que les femmes enceintes ne se sentent pas toutes prêtes à renoncer à la cigarette et que beaucoup ont besoin d'aide pour se préparer à se défaire de cette habitude pendant leur grossesse.

L'application du modèle des Étapes du changement aux programmes prénatals a toutefois posé certains problèmes importants. D'abord, lorsque le modèle est appliqué à d'autres fumeurs, ces derniers peuvent prendre du temps pour se préparer à cesser de fumer, et les mesures prises



progressivement pour atteindre l'objectif du renoncement, comme une réduction de la consommation, sont considérées comme des progrès. Dans bien des cas, les programmes prénatals visent à réduire les effets néfastes du tabagisme sur la femme enceinte et le fœtus. En conséquence, ils incitent les femmes à chercher à renoncer à la cigarette rapidement. Or, on a constaté que beaucoup de femmes enceintes en sont au stade de la précontemplation ou de la contemplation et ne sont pas tout à fait prêtes à cesser de fumer (P3, R7). C'est dire qu'il faut leur laisser suffisamment de temps pour se préparer à renoncer à la cigarette et à demeurer non fumeuses. Il serait sans doute plus réaliste de recourir à une approche plus graduelle, axée sur la réduction des méfaits, mais celle-ci a l'inconvénient de prolonger l'exposition du fœtus à la fumée du tabac.

### 3 De nouveaux programmes ont été mis au point pour prévenir les rechutes pendant la période postnatale.

Avant la mise en œuvre de la SRDT, les femmes enceintes qui cessaient de fumer avaient à leur disposition peu de formes d'aide pour maintenir le sevrage pendant la période postnatale. Pour remédier à cette lacune, la SRDT a aidé à mettre l'accent sur les problèmes posés par la période postnatale.

La School of Nursing de l'University of British Columbia (E10) a mis au point une trousse qui comprend des brochures exposant les risques liés au tabagisme pendant la période postnatale, des moyens de surmonter l'état de besoin et les effets de la fumée de tabac ambiante sur les enfants, une fiche individuelle qui explique comment composer avec des situations à haut risque et transformer des écarts en expériences enrichissantes, et des outils spécialement conçus pour aider à créer un milieu familial sans fumée (p. ex. des autocollants pour les maisons et les voitures). Le programme a été mis en œuvre par des infirmières qui ont rencontré les femmes à l'hôpital au moment de la naissance du bébé. La rencontre a été suivie d'une série de huit séances téléphoniques tenues chaque semaine pendant le premier mois suivant l'accouchement et toutes les deux semaines, au cours des deuxième et troisième mois.

*Start Quit, Stay Quit* (S17) est un programme qui a été mis à l'essai auprès de femmes enceintes et de leur partenaire pour prévenir les rechutes pendant la période postnatale. D'autres programmes intègrent la prévention des rechutes pendant la période postnatale aux initiatives prénatales (K2, S13, U1) et offrent une formation aux dispensateurs de soins pour qu'ils puissent bien conseiller les fumeuses et prévenir les rechutes après la naissance du bébé (A2, S17, T12).

### 4 Il existe un plus vaste éventail de programmes antitabagisme spécialement conçus pour les femmes enceintes.

Les Canadiennes ont maintenant un meilleur accès à plusieurs programmes nationaux et communautaires de réduction du tabagisme pendant la grossesse :

- *Stopping When You're Ready* (S13), une trousse comportant cinq brochures destinées à faciliter le renoncement au tabac et conçues pour chacune des Étapes du

changement, est distribuée à l'échelle nationale.

- Une trousse destinée aux femmes francophones, *Une grossesse sans tabac* (U1), a été revue à la lumière des Étapes du changement.
- La Lung Association of Newfoundland and Labrador a conçu un programme, *Baby's Coming, Baby's Home* (B6), pour aider les femmes enceintes à cesser de fumer et à créer un milieu familial sans fumée.
- *Maman, on écrase!* (K2) est un programme d'entraide qui vise à aider les adolescentes enceintes et les jeunes parents seuls à s'attaquer au tabagisme et aux problèmes qui se posent aux nouveaux parents.
- Le *Smoke Free Journey Counselling Guide* (S16) offre un programme de counselling axé sur le sevrage tabagique et adapté à la réalité culturelle des femmes enceintes autochtones.

## 5 Il existe peu de programmes spécialement conçus pour certains groupes culturels et linguistiques.

Dans le cadre de la SRDT, deux guides axés sur la période prénatale avaient été spécifiquement mis au point pour des groupes culturels et linguistiques, *Une grossesse sans tabac*, (U1) qui s'adresse aux femmes francophones, et *The Smoke Free Journey Counselling Guide*, qui est destiné aux femmes autochtones (S16). Comme les taux de prévalence du tabagisme sont plus élevés chez les francophones et les Autochtones que dans les autres groupes de femmes, ils sont sans doute également plus élevés chez les femmes enceintes de ces deux groupes. Il importe que les femmes autochtones et francophones aient accès à un choix de programmes prénatals d'aide au sevrage tabagique, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Ce n'est pas tant le contenu d'un programme que la façon dont il est mis en œuvre qui doit varier d'un groupe culturel à l'autre. Les femmes francophones qui ont pris part à l'évaluation du programme *Une grossesse sans tabac* (U1) ont reçu une séance individuelle de counselling de 15 à 30 minutes avec une infirmière hygiéniste, un exemplaire du guide et trois séances téléphoniques de suivi. Elles ont dit avoir apprécié la première séance individuelle, mais ont trouvé les entretiens téléphoniques moins utiles et auraient souhaité une visite de l'infirmière hygiéniste qui leur aurait apporté un contact humain. Ces observations donnent à penser que les rencontres individuelles conviennent davantage que les approches moins personnelles, telles que les entretiens téléphoniques ou les échanges postaux, lorsqu'on a affaire à des femmes francophones.

Le programme conçu pour les femmes autochtones, *The Smoke Free Journey*, n'a prévu aucun outil que ces femmes puissent utiliser. Il a plutôt mis au point un guide pour aider les intervenants non professionnels à tenir des séances efficaces de counselling individuels. Cette approche a été privilégiée en raison de l'importance plus grande accordée à l'oral qu'à l'écrit chez les Autochtones.

## 6 On a trouvé des stratégies efficaces pour amener les femmes à prendre part aux interventions.

Il a toujours été difficile de faire participer les femmes à des programmes spécifiquement conçus pour faciliter le sevrage tabagique pendant leur grossesse : faible taux de participation aux séances, promesses de participation non tenues et taux élevés d'abandon des programmes en cours de route. Selon les recherches réalisées dans le cadre de la SRDT, les stratégies de recrutement les plus efficaces sont celles qui mettent à contribution les médecins qui suivent les femmes et les personnes qui travaillent dans leur cabinet (R7, U1). Il ne sert pas à grand-chose d'annoncer un programme de prévention des rechutes pendant la période postnatale en s'attendant à ce que les femmes considèrent qu'une telle initiative pourrait leur être utile, car les personnes qui ont cessé de fumer sous-estiment leurs risques de rechute.

D'après les recherches entreprises dans le cadre de la SRDT, les stratégies de recrutement qui ont permis de joindre le plus grand nombre de femmes admissibles et d'obtenir le taux de réponse le plus élevé ont mis à contribution une infirmière hygiéniste qui était installée dans le cabinet du médecin et qui discutait avec les clientes au moment de leur rendez-vous (R7) et une infirmière qui rencontrait les femmes à l'hôpital lors de leur accouchement (E10). La question du tabagisme peut aussi être abordée dans le cadre de programmes prénatals conçus pour des groupes (K2). Selon les responsables d'autres programmes prénatals efficaces, il est plus

facile d'intégrer des discussions sur le tabagisme aux interventions prénatales individuelles que d'essayer de réunir un groupe uniquement autour de la question du tabagisme (B6, T12, U1).

**7 On a réussi à mieux connaître les facteurs qui contribuent au succès des interventions.**

D'après les recherches entreprises dans le cadre de la SRDT, une grande confiance dans sa capacité de renoncer au tabac, la perception des risques liés au tabagisme pendant la grossesse et l'intention d'allaiter le bébé sont des facteurs de prédiction de la capacité de traverser avec succès les Étapes du changement et de demeurer non fumeuse (R7). Il ressort d'une deuxième étude qu'une intervention axée sur la période postnatale était très efficace auprès des femmes confiantes de pouvoir résister aux tentations de fumer en société, qui n'avaient pas tenté de cesser de fumer à de multiples reprises et qui ne comptaient pas dans leur entourage (membres de la famille et amis) une majorité de fumeurs (E10).

Le soutien du partenaire contribue pour beaucoup à la réussite des tentatives de renoncement chez les femmes enceintes et à la prévention des rechutes après la naissance du bébé. L'appui reçu du partenaire, qu'il fume ou non, aide la femme enceinte à cesser de fumer et à ne pas faire de rechute pendant la période postnatale (P3, R7).

## Intervention auprès
## DES FEMMES FRANCOPHONES ENCEINTES

En 1993, une trousse d'aide individuelle au sevrage tabagique destinée aux femmes francophones enceintes, *Une grossesse sans tabac* (U1), a été conçue parallèlement à *Stopping When You're ready* (S13). *Une grossesse sans tabac* est une adaptation, et non une simple traduction, de la trousse anglaise *Stopping when you're ready*, tant sur le plan du contenu que de l'approche. La trousse comprend un questionnaire, des brochures fondées sur les cinq étapes du changement et des encarts dans les brochures.

Dans le cadre de la SRDT, on a intégré à la trousse le modèle des étapes du changement et mis la trousse à l'essai auprès de la clientèle cible. Les femmes qui ont pris part à l'évaluation (14) ont trouvé que les brochures les avaient aidées à se libérer de la cigarette ou à réduire leur consommation. De plus, les intéressées ont fait lire les brochures à leur partenaire et à d'autres membres de leur famille. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à se servir des ressources pendant leur grossesse que pendant la période postnatale, même si un outil axé sur la période postnatale est prévu dans la trousse.

## Le renoncement au tabac pendant la grossesse
## AU MOYEN D'UNE APPROCHE PROGRESSIVE

*Stopping when you're ready* (S13) est une approche individuelle conçue pour aider les femmes enceintes à renoncer au tabac. Le programme comprend une trousse regroupant cinq brochures, qui correspondent chacune à l'une des cinq étapes du changement. Un bref jeu-questionnaire prévu au début de la trousse aide les femmes à déterminer le stade où elles se trouvent et à choisir la brochure en conséquence. Les brochures comprennent des jeux-questionnaires, des exercices axés sur la prise de conscience, différentes techniques de préparation au sevrage tabagique, des conseils sur la façon de composer avec d'autres fumeurs et d'obtenir du soutien, et des éléments d'information précis sur le tabagisme et la grossesse. Bon nombre des brochures contiennent des encarts qui peuvent être détachés et utilisés au besoin.

Conçue à l'origine par le Centre de recherche pour la santé communautaire de l'Université d'Ottawa, à l'aide des fonds consentis par le ministère ontarien de la Santé, la trousse a été remaniée, dotée de nouvelles illustrations et distribuée à l'échelle nationale dans le cadre de la SRDT. Elle a été abondamment utilisée dans les services de santé de l'Ontario ainsi que dans le cadre de projets communautaires relevant de la SRDT, soit sous sa forme originale ou comme point de départ de ressources nouvelles. Elle est très appréciée des dispensateurs de services et des femmes enceintes; comme guide d'initiative individuelle, elle convient surtout aux femmes qui lisent couramment.

Cambium Consulting
3054, chemin Klondike
North Gower (Ontario) K0A 2T0
Tél. : 613-489-1999 Téléc. : 613-489-2777

# Quatrième leçon : Lorsqu'ils reçoivent une formation et un soutien appropriés, les intervenants ont l'impression de pouvoir jouer un rôle très efficace.

**1 Au début de la SRDT, les intervenants ont affirmé manquer de confiance dans leur capacité de conseiller les femmes enceintes sur le tabagisme.**

Pendant leur grossesse et la période qui suit leur accouchement, il arrive que les femmes aient affaire à des intervenants très divers, notamment des infirmières hygiénistes et des infirmières en santé communautaire, des membres du personnel hospitalier, des médecins, des employés d'organismes de santé communautaire et de services sociaux. Au début de la SRDT, on a évalué les besoins en formation et en soutien de ces dispensateurs de services pour les aider à intervenir auprès des femmes qui fument pendant leur grossesse et après leur accouchement (B6, T2d, T12).

Les intervenants qui sont en mesure d'aider les fumeuses enceintes à cesser de fumer estiment avoir besoin de plus de formation pour bien s'acquitter de ce rôle. D'après les résultats d'une évaluation des besoins de 66 dispensateurs de services prénatals et postnatals (S14), 25 % seulement des répondants avaient reçu une quelconque formation générale sur le renoncement au tabac, et aucun n'avait reçu de formation spécifiquement axée sur une telle intervention pendant la grossesse et la période postnatale. Moins de la moitié des répondants (44,1 %) estimaient avoir les compétences voulues pour inciter les femmes à cesser de fumer pendant leur grossesse et après leur accouchement. Rares sont les dispensateurs de services prénatals et postnatals qui se sentaient capables de conseiller les fumeuses enceintes sur l'abandon de la cigarette, et encore moins de s'attaquer au problème des rechutes pendant la période postnatale.

**2 Les intervenants ont défini des besoins précis sur le plan des connaissances et des compétences à acquérir pour faciliter le sevrage tabagique pendant la grossesse et la période postnatale.**

Les dispensateurs de services ont souligné divers facteurs qui nuisent à une intervention efficace auprès des femmes qui fument pendant leur grossesse et après leur accouchement : manque de ressources spécifiquement consacrées au tabagisme chez les femmes enceintes, matériel inapproprié et absence de programmes adéquats (T2d, B6). Ils estimaient avoir besoin d'une formation pour faciliter le sevrage tabagique à l'aide d'une démarche progressive, prévenir les rechutes pendant la période postnatale et trouver les facteurs qui nuisent au renoncement et y remédier (S14, T12).

Les intervenants ont indiqué avoir besoin d'une aide concrète et précise pour évaluer et conseiller les fumeuses enceintes (S14). Parmi les formes d'aide signalées figuraient :

- des façons de recueillir des éléments d'information complets et pertinents sur les antécédents de consommation de tabac d'une femme enceinte ;
- des suggestions concernant le genre de questions à poser et de conseils à prodiguer aux fumeuses enceintes ;
- une formation sur les méthodes d'intervention actuelles auprès des fumeuses pendant la grossesse et la période postnatale ;
- des techniques permettant d'aider les femmes qui ont déjà cessé de fumer pendant leur grossesse à persévérer dans ce sens pendant la période postnatale.

**3 On a acquis de nouvelles connaissances sur les mesures que peuvent prendre les intervenants pour aider les femmes à réussir à renoncer à la cigarette pendant leur grossesse et la période postnatale.**

Plusieurs projets de recherche sur les femmes, la grossesse et la période postnatale ont été réalisés dans le cadre de la SRDT (B6, E10, P8, R7, S4, T12, U1). Lorsqu'on les regroupe, les résultats de ces recherches nous aident à mieux comprendre le tabagisme, le renoncement à la cigarette et les motivations des femmes pendant la grossesse et la période postnatale. Ces nouvelles connaissances se traduisent par une amélioration des interventions faites par les dispensateurs de services.

Une des leçons importantes qui se dégagent des recherches est que l'amélioration des outils d'évaluation du tabagisme aide les dispensateurs de services à axer

davantage leurs interventions sur les clientes et à choisir les meilleurs moyens d'offrir aux clientes un soutien individualisé (R7). De manière générale, c'est la grossesse et non pas le tabagisme qui est la raison d'être de la première rencontre entre les dispensateurs de services et les femmes enceintes. Les premiers outils d'évaluation qui comprennent des questions sur le tabagisme peuvent aider l'intervenant à dispenser des conseils et à offrir des renseignements pertinents à l'intéressée et à amorcer une démarche en vue de réduire l'exposition de son bébé à la fumée de tabac.

Les projets prénatals et postnatals entrepris dans le cadre de la SRDT ont aussi permis de mieux comprendre comment appliquer le modèle fondé sur les Étapes du changement, la façon dont il fonctionne et les raisons pour lesquelles il donne de bons résultats (R7, T12, U1). Les recherches réalisées sur ce modèle au cours de la mise en œuvre de la SRDT ont abouti à la conclusion qu'une grande confiance dans sa capacité de réussite aide la femme à traverser avec succès les différentes étapes du renoncement et à demeurer non fumeuse (R7). Il semble qu'un bon moyen d'aider les femmes à atteindre et à maintenir l'objectif du renoncement consiste à les aider à évaluer leur auto-efficacité, autrement dit leur confiance dans leur capacité de réaliser un changement et de faire face aux situations difficiles. C'est pourquoi on a mis au point un instrument pour aider les femmes à déterminer leur auto-efficacité dans des situations où elles seront tentées de fumer (R7). Cet instrument constitue le point de départ de séances de counselling et de discussions entre le praticien et la femme et peut être utilisé dans tout programme qui s'adresse spécifiquement aux femmes enceintes et aux mères qui fument.

Les intervenants qui cherchent à prévenir les rechutes pendant la période postnatale ont à leur disposition une technique efficace : demander à la cliente si elle entend demeurer non fumeuse ou non après la naissance du bébé. Une intervention axée sur trois facteurs de prédiction des rechutes (perception des risques, auto-efficacité et soutien du partenaire) donne aussi de bons résultats (R7).

**4 De nouveaux outils et de nouvelles approches ont été mis au point pour la formation des intervenants.**

Au nombre des réalisations importantes de la SRDT, on doit souligner le travail accompli pour offrir aux intervenants une formation solide et du soutien. Dans un premier temps, on a examiné et résumé la documentation concernant les effets de la fumée de tabac ambiante sur la santé des bébés et des enfants, et répertorié les programmes et les ressources accessibles aux intervenants (E11, P3, T2). On a ainsi pu recueillir des données à partir desquelles on a pu concevoir des programmes et des interventions.

On a mis au point un vaste choix d'outils et d'approches pour la formation des intervenants, notamment des feuillets d'instruction, des vidéocassettes d'autoformation assorties de guides et des ateliers de formation intensive de deux jours. Parmi les outils conçus pour les dispensateurs de services prénatals et postnatals dans le cadre de la SRDT figurent :

- Le *Smoke Free Journey Counselling Guide* (S16), *Maman, on écrase !* (K2) et *Baby's Coming, Baby's Home* (B6), projets consistant en la publication de guides d'autoformation conçus pour aider les intervenants à apprendre à utiliser les outils élaborés dans le cadre du programme, à conseiller les fumeuses pendant la grossesse et la période postnatale et à animer des séances collectives de renoncement au tabac.
- Une vidéocassette et un guide de formation, *Une question d'écoute*, ont été conçus pour aider les intervenants à comprendre et à appliquer une approche progressive auprès des fumeurs et à améliorer leurs compétences en counselling (A2).
- Un atelier interactif de formation des intervenants en périnatalité a été conçu et mis à l'essai dans le cadre de *Towards Healthy Family Breathing* (T12). L'atelier avait pour objet de déterminer l'attitude personnelle des intervenants face au tabagisme et leur détermination à aborder la question auprès des femmes enceintes qui fument; de les aider à mieux connaître le modèle des Étapes du changement et à se sentir plus confiants dans leur capacité d'appliquer cette approche, et de leur fournir des renseignements pratiques sur l'obtention des ressources accessibles.
- La School of Nursing de l'University of British Columbia (E10) a élaboré un programme de formation pour aider les infirmières à offrir des séances individuelles de counselling en milieu hospitalier, un suivi téléphonique et un soutien en vue de prévenir les rechutes pendant la période postnatale.
- Le Centre de recherche pour la santé communautaire de l'Université d'Ottawa

# Une trousse de démarrage à L'INTENTION DES DISPENSATEURS DE SERVICES

L'une des premières mesures prises par Santé Canada dans le cadre de la SRDT a consisté à réunir des travaux récents et en cours sur les femmes pendant les périodes prénatale et postnatale et de les présenter sous une forme utile pour les dispensateurs de services. C'est ainsi qu'on *dispensateurs de soins prénatals et postnatals* (T2), une série de six brochures qui permettent aux intervenants d'obtenir des données précises sur le tabagisme et la grossesse, des renseignements sur les outils de motivation et d'aide au renoncement accessibles et sur la façon de se les procurer. venants l'occasion de faire le point sur leurs propres expériences et sur les efforts entrepris pour aider les femmes à se libérer de la cigarette pendant les périodes prénatale et postnatale.

Service des publications, Santé Canada

(P8) a mis au point un atelier de deux jours pour aider les intervenants en santé à comprendre et à appliquer le modèle des Étapes du changement dans l'optique de la prévention des rechutes chez les femmes pendant la grossesse et la période postnatale. L'atelier faisait appel à des études de cas et au jeu de rôle pour aider les participants à acquérir les aptitudes voulues pour utiliser le programme *Start Quit, Stay Quit* (S17) individuellement et auprès de groupes.

- Le projet *Smoke Free Environments for Everyone* (S18) consistait à offrir aux intervenants en santé et en services sociaux la formation voulue pour aider les adolescentes enceintes à renoncer à la cigarette au moyen d'un guide individuel.

- Le Council for a Tobacco-Free Region of Peel a conçu une série de guides simples d'une page qui accompagnent une vidéocassette humoristique de sept minutes sur les milieux familiaux sans fumée (T11). Les guides aident les infirmières hygiénistes à aborder la question de la fumée de tabac ambiante et à montrer aux clientes comment créer un milieu familial sans fumée.

- Le Centre de formation et de consultation à Ottawa a envoyé des personnes-ressources dans des centres de santé de l'Ontario où elles ont animé des séances de formation et de consultation de trois à cinq jours et adapté les interventions antitabagiques prénatales et postnatales aux besoins de la communauté (E9).

# Amélioration de la capacité d'écoute et des compétences en counselling

Les vidéocassettes sont un complément ou une solution de remplacement utile aux ateliers de formation. *Une question d'écoute : guide à l'intention des intervenants en soins périnatals* (A2) peut faciliter tout programme de formation axé sur les interventions antitabagisme pendant les périodes prénatale et postnatale. Il s'agit d'une vidéocassette de 35 minutes et d'un guide détaillé qui offrent tous les éléments d'information dont on a besoin pour déterminer dans quelle mesure une femme enceinte est prête à changer ses habitudes de consommation de tabac et qui proposent diverses formes de soutien à chaque stade de préparation des intéressées. On y trouve des renseignements simples et précis, qui répondent aussi bien aux questions des intervenants qu'à celles de leurs clientes. Et, surtout, c'est une démarche qui incite les intervenants à moins se préoccuper des propos à tenir auprès des clientes en les aidant à se rendre compte que la meilleure forme de soutien à offrir à la femme enceinte qui envisage de cesser de fumer consiste à lui prêter une oreille attentive.

Association canadienne de santé publique
400-1565, avenue Carling
Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Téléphone : 613-725-3769
Télécopieur : 613-725-9826
Courriel : hrc/cds@cpha.ca

# Cinquième leçon : Il faudrait sensibiliser les familles à la nécessité de créer un foyer sans fumée pour les bébés et les enfants.

**1 Le tabagisme chez les femmes enceintes et les rechutes pendant la période postnatale dépendent pour beaucoup de la présence de fumeurs dans leur entourage.**

Les femmes enceintes qui fument comptent souvent dans leur entourage immédiat — partenaire, membres de la famille et amis — des fumeurs. Comme leur grossesse les distingue déjà de ces personnes, elles se démarquent doublement de celles-ci en tentant de renoncer à la cigarette. Les projets entrepris dans le cadre de la SRDT ont souvent permis de constater que la présence de fumeurs dans l'entourage immédiat (partenaire, famille élargie et amis) de la femme enceinte influe énormément sur sa capacité de cesser de fumer ou de réduire sa consommation de tabac et sur ses risques de rechute pendant sa grossesse et la période postnatale (E10, P3, P8, R7, S4, T2).

Pour bien des femmes, le fait d'être seules à essayer de modifier leurs habitudes de consommation de tabac tout en étant entourées de fumeurs qui ne font aucun effort dans ce sens compromet leurs chances de réussite. Une leçon importante a été tirée de la SRDT, à savoir que si l'on veut qu'elles soient efficaces, les interventions axées sur la grossesse et la période postnatale doivent viser non seulement la femme enceinte ou la jeune mère, mais tous les fumeurs qui font partie de son entourage (E10, P8, R7).

**2 Il faudrait insister davantage sur les programmes qui font la promotion de familles et de milieux familiaux sans fumée.**

D'après l'*Enquête sur le tabagisme au Canada*, 32 % de toutes les Canadiennes ont fumé ou été exposées au tabagisme de leur partenaire au cours de leur dernière grossesse, et 74 % de celles qui fumaient au moment de l'enquête avaient soit fumé soit été exposées au tabagisme de leur partenaire au cours de leur dernière grossesse (S8). Plusieurs projets de recherche auprès de groupes cibles, entrepris dans le cadre de la SRDT, ont permis de constater que même si la plupart des femmes étaient conscientes des risques pour la santé du fœtus associés au tabagisme de la mère, beaucoup étaient moins au courant des répercussions de la fumée de tabac ambiante sur le fœtus, le nourrisson et le jeune enfant (B6, S18, T11). On a observé de façon constante que les personnes qui fument et celles qui comptent des fumeurs dans leur milieu familial sont moins conscientes des effets sur la santé de l'exposition à la fumée de tabac ambiante (A3, E1). Un tel constat indique qu'il y a lieu de concevoir des approches qui visent tous les adultes fumeurs qui vivent sous un même toit.

Il ressort des travaux réalisés dans le cadre de la SRDT que la majorité des adultes sont favorables à l'idée d'imposer des restrictions quant aux lieux où les fumeurs peuvent fumer lorsqu'il s'agit de la santé des enfants (A3, E1, E2, E11). C'est dire que les efforts de sensibilisation qui visent tous les fumeurs adultes et qui insistent sur les répercussions de la fumée de tabac ambiante sur les enfants ont des chances de porter fruit.

Bon nombre d'interventions prénatales axées sur le tabagisme comprennent la diffusion de renseignements sur la fumée de tabac ambiante et sur les moyens que peuvent prendre les femmes enceintes pour créer un milieu familial sans fumée (K2, S13, U1). Même si les femmes sont généralement les premières à imposer des politiques antitabac dans leur milieu familial (R7), il faut se garder de les stresser ou de les culpabiliser davantage en adoptant des stratégies qui semblent faire reposer uniquement sur elles une telle responsabilité. Les programmes qui visent l'ensemble de la famille peuvent atténuer le sentiment de culpabilité éprouvée par la femme lorsqu'on détermine qu'elle doit cesser de fumer parce qu'elle est enceinte, insister sur le fait que la création d'un milieu familial sans fumée est une responsabilité commune de tous les fumeurs qui vivent sous le même toit et offrir aux enfants l'occasion de participer au processus.

**3 De nouveaux programmes qui aident les familles à créer un environnement sans fumée ont été mis au point.**

Bon nombre de collectivités et d'organismes ont utilisé des fonds alloués par la SRDT pour élaborer de nouveaux outils et programmes de sensibilisation à la fumée de tabac ambiante à la lumière d'une approche axée sur la famille ou le couple. Voici quelques exemples de ces programmes :

- Le Council for a Tobacco-Free Peel Region a conçu une courte vidéocassette, une brochure et un aimant de réfrigérateur qui présentent les effets de la fumée de tabac du point de vue du bébé et dont le slogan et le titre, *Thanks Mommy and Daddy for a Smoke Free Home*, interpellent les deux parents (T11).

- *Baby's Coming, Baby's Home* (B6) comprend une courte vidéocassette et de la documentation qui aident les familles à créer un foyer sans fumée avant l'arrivée d'un nouveau bébé.

- *Start Quit, Stay Quit* (S17) repose sur une approche axée sur le couple, qui offre des conseils pratiques tant à la femme enceinte qu'au futur père qui cherchent ensemble à cesser de fumer et à créer un milieu familial sans fumée.

- La campagne *Donnez-moi de l'oxygène. Si vous devez fumer, allez dehors !*, menée par Médecins pour un Canada sans fumée (T1), fait appel à des médias divers, notamment des affiches sur les autobus, pour inciter tous les fumeurs à s'abstenir de fumer dans les maisons et à ne pas exposer les enfants à la fumée de tabac.

- L'Institut canadien de la santé infantile a mis au point un guide, *Aidons nos enfants à mieux respirer : une ressource communautaire pour réduire l'exposition à la fumée de tabac ambiante* (H2), pour aider les organismes communautaires aux diverses étapes du lancement d'une campagne de sensibilisation du public destinée à réduire l'exposition des enfants à la fumée de tabac ambiante.

- La campagne *Smoke Free Spaces for the Little Reasons*, menée dans le district sanitaire de Gabriel Springs en Saskatchewan (E11), utilise diverses ressources et activités pour sensibiliser la collectivité aux risques pour la santé associés à la fumée de tabac ambiante et incite les fumeurs à s'abstenir de fumer en présence d'enfants et de femmes enceintes.

- Santé Canada a distribué le mini-magazine *Fumer, c'est mauvais pour nous et nos enfants* (S3) par le biais de magazines tels que *Canadian Living*. Cette mini-publication comprend des articles sur les effets de l'exposition à la fumée de tabac ambiante sur le fœtus, les jeunes enfants et d'autres groupes d'âge.

## Création d'un milieu SANS FUMÉE pour les bébés

Le Community Health Program de la région de St. John's et la Newfoundland and Labrador Lung Association, conscients du problème de l'exposition des nouveau-nés à la fumée de tabac ambiante, ont décidé de joindre leurs efforts pour aider les femmes à créer un environnement sans fumée pour leur bébé pendant les périodes prénatale et postnatale. C'est ainsi qu'ils ont réalisé une vidéocassette de 10 minutes, *Baby's Coming, Baby's Home* (B6), et des outils d'accompagnement.

Le projet a aussi prévu une formation pour des personnes-ressources qui travaillent auprès des femmes pendant les périodes prénatale et postnatale. Une fois leur formation reçue, les personnes-ressources peuvent utiliser la vidéocassette dans le cadre de séances individuelles ou collectives. La vidéocassette proprement dite, qui est assortie d'un guide de discussion à l'intention de l'intervenant, rend compte du témoignage d'une femme à propos de sa première grossesse et des efforts menés au cours de sa deuxième grossesse pour créer un milieu familial sans fumée. Le matériel d'accompagnement comprend des repères visuels pour la maison, comme une affiche à suspendre à la poignée de porte et des décalcomanies. La vidéocassette et le programme de formation devraient faciliter le travail auprès des

## Principaux éléments D'UNE CAMPAGNE COMMUNAUTAIRE

Lorsque le Saskatchewan Institute on Prevention of Handicaps a entrepris des démarches auprès du district sanitaire de Gabriel Springs pour mettre à l'essai une campagne communautaire de sensibilisation à la fumée de tabac ambiante, il savait qu'il lui faudrait trouver plusieurs moyens de transmettre son message et d'amener la collectivité à prendre part à l'élaboration de la campagne. C'est ainsi qu'est née la campagne Smoke Free Spaces for the Little Reasons (E11). En mettant à l'essai toutes les ressources, notamment le slogan, le logo, les affiches et les brochures, les organisateurs de la campagne ont réussi à mieux sensibiliser la collectivité à l'exposition à la fumée de tabac ambiante avant de lancer la campagne !

On a fait appel à un contrat et à un concours assorti d'un tirage afin d'inciter les membres de la collectivité à s'engager à ne pas fumer en présence d'enfants et de femmes enceintes. Les fumeurs qui ont signé le contrat dans lequel ils se sont engagés à ne pas fumer à proximité d'enfants et de femmes enceintes ont pu participer à un tirage et courir la chance de gagner plusieurs prix offerts par des entreprises locales : une séance-marathon de magasinage de 500 $ pour les participants de moins de 18 ans et une fin de semaine pour la famille au Fantasyland Hotel, au West Edmonton Mall, pour les participants adultes.

Parmi les autres ressources produites pour la campagne provinciale figuraient une affiche et une brochure à l'intention des femmes enceintes, *You can already see his feet, his hands... but can you see the effects of smoking?*, une affiche et une brochure destinées au grand public, *She needs to breathe more than you need to smoke*, et une brochure d'information, *Tobacco Smoke: The Risk to Unborn Babies, Pregnant Women and Children*.

### Pour de plus amples renseignements SUR LA RÉDUCTION DU TABAGISME CONSULTEZ :

le site Web de Santé Canada : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

le site Web du Conseil canadien pour le contrôle du tabac : www.cctc.ca

le site Web de Une Vie 100 Fumer :

# CODES DES DOCUMENTS PUBLIÉS DANS LE CADRE DE LA SRDT

La SRDT, de concert avec divers partenaires, a produit des centaines de rapports de ressources et documents. On trouvera dans cette partie une brève description de chaque ressource mentionnée dans le bulletin. On y indique également où s'adresser pour en savoir davantage sur le projet en question ou pour commander un document, lorsque celui-ci est disponible. Toutefois, d'autre outils peuvent être empruntés de la Bibliothèque ministérielle de Santé Canada sous forme de prêt entre bibliothèques. Pour de tels arrangements, veuillez communiquer avec votre bibliothèque d'établissement ou publique. La majorité des projets ont été réalisés dans le cadre de la SDRT. Les documents issus de projets mis en œuvre avant la SRDT sont marqués d'un astérisque (*).

**A2** **Une question d'écoute : guide à l'intention des intervenants en soins périnataux.** 1997, français et anglais.

Il s'agit d'une vidéocassette de 35 minutes et d'un guide de l'animateur conçus pour les dispensateurs de services qui œuvrent auprès des femmes pendant leur grossesse et la période postnatale. Les documents portent sur les techniques de counselling efficaces qui facilitent les discussions sur le tabagisme.

Association canadienne de santé publique
400-1565, avenue Carling, Ottawa (Ontario) K1Z 8R1
Téléphone : 613-725-3769 Télécopieur : 613-725-9826
Courriel : hrc/cds@cpha.ca

**A3** **An Assessment of Knowledge, Attitudes and Practices Concerning Environmental Tobacco Smoke.** 1995, anglais.

Compte rendu inédit d'une enquête menée auprès de 2 300 parents d'enfants âgés de 12 ans et moins et de 700 membres de familles élargies. L'étude comportait aussi des recherches auprès de dix groupes cibles d'enfants âgés de 8 à 10 ans, partout au Canada, et de dix groupes cibles d'enfants de 11 à 12 ans. Un résumé est accessible : voir E1.

**A4** **Assessment of Child Care Provider's Knowledge, Attitudes and Practices Towards ETS.** 1995, anglais.

Compte rendu inédit d'une enquête menée auprès de 3 695 personnes qui s'occupent d'enfants dans des garderies accréditées, des services de garde en milieu familial réglementés ou non accrédités, et dans d'autres cadres. En outre, des enquêtes auprès de groupes cibles formés de personnes qui s'occupent d'enfants dans six villes. Un résumé est accessible : voir E1.

**B6** **Baby's Coming, Baby's Home.** 1997, anglais.

Ce programme vise à aider les femmes enceintes et leur famille à créer un environnement sans fumée pour le bébé. Parmi les ressources produites figurent une vidéocassette de 10 minutes, un guide de discussion, une affiche à suspendre à la poignée de porte, une décalcomanie et un rapport d'évaluation.

**E1** **La fumée secondaire du tabac : connaissances, attitudes et initiatives des parents, des enfants et des gardiens d'enfants.** 1995, français et anglais.

Il s'agit ici d'un compte rendu des principales conclusions d'une étude sur les connaissances et les attitudes des parents, de la famille élargie et des enfants concernant la fumée de tabac ambiante, ainsi que d'une étude sur les gardiens d'enfants. Comprend un résumé de deux études plus vastes : voir A3 et A4.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

**E2** **La fumée de tabac ambiante (FTA) dans les environnements familiaux.** 1996, français et anglais.

Document de travail qui présente les connaissances actuelles touchant l'exposition à la FTA à la maison, des exemples d'activités courantes pour contrôler la FTA à la maison et des options et des activités stratégiques pour réduire l'exposition à la FTA. Le document évalue l'impact et les futures orientations pour l'élaboration de politiques et de programmes.

**E9** **Evaluation Report 1996/97. Centre de formation et de consultation.** 1997, anglais.

Le Centre de formation et de consultation, qui appuie la Stratégie ontarienne de lutte contre le tabac, s'est servi des fonds alloués par la SRDT pour étendre ses services à des collectivité francophones et du nord de l'Ontario, qui sont souvent mal servies. Le Centre a dépêché des conseillers en tabagisme dans des collectivités locales où ils ont donné 71 séances de consultation.

**E10** **Evaluation of a Smoking Relapse Prevention Intervention for Postpartum Women.** 1997, anglais.

Des infirmières ont reçu une formation pour être en mesure de dispenser à l'hôpital des conseils aux nouvelles mères, au moment de la naissance du bébé, pour éviter les rechutes pendant la période postnatale. Des 254 femmes qui ont participé à cette étude, 60 % de celles qui avaient bénéficié de l'intervention ont déclaré avoir recommencé à fumer après la naissance du bébé, alors que la proportion était de 71,4 % chez celles qui n'avaient pas pris part à l'intervention.

**E11** **Environmental Tobacco Smoke: Effects on Children's Health Before and After Birth.** 1997, anglais.

Ce projet a contribué à mieux sensibiliser la population générale, les parents, les dispensateurs de soins et les femmes enceintes aux risques pour la santé associés à l'exposition à la fumée de tabac ambiante. Il a produit un rapport final, des affiches, une trousse d'information, une brochure et une fiche de renseignements.

**H2** **Aidons nos enfants à mieux respirer : une ressource communautaire pour réduire l'exposition à la fumée de tabac ambiante.** 1997, français et anglais.

Il s'agit d'un guide qui s'adresse aux parents, aux dispensateurs de soins, aux enseignants, aux médecins et à d'autres personnes qui souhaitent créer un environnement familial sans fumée pour les enfants. Un manuel de référence offre des renseignements pratiques sur les campagnes de sensibilisation du public, les programmes d'action communautaire et l'application d'une approche individuelle auprès des fumeurs. Le guide existe également sous forme de disquette (WordPerfect).

Institut canadien de la santé infantile
885, promenade Meadowlands Est, bureau 512
Ottawa (Ontario) K2C 3N2
Téléphone : 613-224-4144 Télécopieur : 613-224-4145

**K2** **Maman, on écrase !** 1997, français et anglais.

Ce projet a permis de créer un programme d'aide sur la réduction et l'abandon du tabac pour les adolescentes enceintes et les jeunes parents célebataires âgés de 14 à 24 ans. Un guide de l'animateur et un rapport d'évaluation sont disponibles.

Réseau des jeunes parents célibataires
659, rue Church
Ottawa (Ontario) K1K 3K1
Téléphone : 613-749-4584 Télécopieur : 613-749-7018

**P3** **Usage du tabac en période pré et postnatale : revue des documents de référence.**
1994, français et anglais.

Il s'agit d'un survol complet de la documentation qui traite des effets sur la santé du fœtus de l'exposition à la fumée de tabac, des risques pour la santé des bébés et des enfants de l'exposition à la fumée de tabac ambiante, de la prévalence du tabagisme chez les femmes enceintes et des tendances relatives à ce phénomène, des rechutes après la naissance du bébé, des programmes de renoncement au tabac pour les femmes enceintes et des recommandations relatives aux recherches et à l'élaboration de programmes et de politiques. Ce document est résumé dans la série de *Brochures antitabagisme à l'intention des dispensateurs de soins prénatals et postnatals*. (Voir T2C).

Site Web : www.uottawa.ca/academic/med/epid/chru.html

**P8** **Preventing Smoking Relapse Postpartum: Pilot Studies in Calgary and Nova Scotia.** 1997, anglais.

Compte rendu de recherche non publié. Des ateliers de formation ont été offerts à des praticiens, et un programme a été mis en œuvre auprès des femmes pour prévenir les rechutes après la naissance du bébé.

**R7** **Reducing Smoking Relapse During Pregnancy and Postpartum of Women and Their Partners.** 1997, anglais.

Résumé des objectifs, des méthodes, des résultats et des conclusions d'un projet en trois étapes portant sur le tabagisme et les rechutes chez les femmes pendant la grossesse et la période postnatale. Le projet a mis à l'essai l'intervention *Start Quit, Stay Quit* : voir S17.

**S3** **Fumer, c'est mauvais pour nous et nos enfants.** 1995, français et anglais.

Un petit magazine comprenant plusieurs articles qui traitent de la sensibilisation à des environnements sans tabac pour les familles et présentent des renseignements pratiques sur les effets du tabac sur l'environnement.

Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

**S4** **Le tabagisme chez les femmes enceintes à haut risque.** 1996, français et anglais.

Survol de la documentation qui définit le concept de clientèle « difficile d'accès » et relève les facteurs associés au tabagisme pendant la grossesse, les interventions axées sur l'abandon de la cigarette et les stratégies de recrutement des fumeuses enceintes difficiles d'accès.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

**S8** **Enquête sur le tabagisme au Canada, Cycles 1 à 4.** 1995, français et anglais.

Ce sondage apporte des modifications au sondage longitudinal national qui avait recueilli des renseignements auprès d'environ 15 800 Canadiens et Canadiennes âgés de 15 ans et plus, réalisé à quatre reprises au cours de la même année.

Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

**S13** **Stopping When You're Ready.*** 1994, 1996, anglais.

Une trousse d'aide individuelle au sevrage tabagique destinée aux femmes enceintes. Elle comprend cinq brochures conçues à la lumière du modèle des Étapes du changement, ainsi qu'un certain nombre d'encarts pour chaque brochure. Les femmes choisissent la brochure selon le stade où elles en sont après avoir répondu à un questionnaire. Des copies originales sont mises à la disposition des groupes qui souhaitent imprimer ou photocopier un grand nombre de trousses.

Cambium Consulting
3054, chemin Klondike
North Gower (Ontario) K0A 2T0
Téléphone : 613-489-1999 Télécopieur : 613-489-2777

**S14** **Smoking Cessation Training Resource for Prenatal and Postpartum Providers: Needs Assessment Final Report.** 1995, anglais.

Ce rapport met en évidence la nécessité de mettre au point un outil sur le renoncement au tabac pour la formation des dispensateurs de soins prénatals et postnatals et définit le genre d'information et de ressources que ces derniers souhaiteraient obtenir. Il présente les résultats d'un sondage écrit mené auprès de 40 personnes, d'entrevues réalisées auprès de 26 experts, une analyse de documents et d'instruments conçus pour la formation.

**S16** **The Smoke Free Journey Counselling Guide.** 1997, anglais.

Ce guide offre aux conseillers non professionnels la possibilité d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences pour être mieux en mesure de discuter avec les femmes autochtones des moyens de réduire leur consommation de tabac pendant leur grossesse. Il comprend un rapport final, un guide d'autoformation à l'intention des conseillers et des affiches.

Northern Family Health Society
1010B - 4th Avenue, Prince George (C.-B.) V2L 3J1
Téléphone : 250-561-2689 Télécopieur : 250-562-2592

**S17** **Start Quit, Stay Quit.** 1997, anglais.

L'approche utilisée ici pour réduire les risques de rechute pendant la période postnatale est orientée vers le couple. La trousse comprend deux brochures, l'une destinée à la femme, l'autre à son partenaire. Elle a été utilisée dans le cadre de recherches et d'essais pilotes : voir P8 et R7.

Centre de recherche pour la santé communautaire
Université d'Ottawa
Département d'épidémiologie et de médecine communautaire
451, rue Smyth, Ottawa (Ontario) K1H 8M5
Téléphone : 613-562-5800, poste 8262
Site Web : www.uottawa.ca/academic/med/epid/chru.html

**S18 Smoke Free Environments for Everyone.** 1997, anglais.

Le projet a fait appel à une trousse d'aide individuelle pour réduire le tabagisme chez les adolescentes enceintes et les membres de leur famille. Il a permis de constater que l'abandon du tabac n'est pas une priorité pour les adolescentes enceintes, mais il a réussi à mieux sensibiliser ces dernières aux risques pour la santé associés au tabagisme et à accroître les connaissances et l'assurance des intervenants qui œuvrent auprès d'adolescentes enceintes.

**T1 Donnez-moi de l'oxygène. Si vous devez fumer, allez dehors !** 1996, français et anglais.

Une campagne médiatique pour encourager les médecins à être plus actifs dans la promotion d'environnements sans fumée pour les enfants, augmenter la prise de conscience des médias, mieux informer les parents et les motiver à offrir un environnement familial sans fumée. Cette campagne comprend des publicités sur papier, des publicités dans les autobus et des annonces publicitaires à la télévision, toutes destinées à attirer l'attention des fumeurs, à diffuser un message sans jugement et à encourager les fumeurs à aller fumer dehors.

Médecins pour un Canada sans fumée
C.P. 4849, Succursale E, Ottawa (Ontario) K1S 5J1
Téléphone : 613-233-4878 Télécopieur : 613-567-2730
Site Web : www.smoke free.ca

**T2 Les brochures antitabagisme pour les dispensateurs de soins prénatals et postnatals (6) A–F.** 1995, français et anglais.

Série de six brochures qui s'adressent aux professionnels de la santé et aux dispensateurs de services et qui offrent un résumé des principales données sur le tabagisme pendant la grossesse. Les brochures ont pour titres :

a. Le tabagisme pendant la grossesse : un choix difficile ;
b. Répertoire des documents sur le tabagisme pour les dispensateurs de soins prénatals et postnatals ;
c. Les effets de la fumée primaire et secondaire du tabac pendant les périodes prénatale et postnatale : résumé documentaire ;*
d. La réduction de la consommation de tabac dans les programmes prénatals et postnatals pour les familles à haute priorité : résultats d'un sondage canadien ;
e. Les interventions relatives au tabac pendant les périodes prénatale et postnatale ;
f. Le tabagisme et la grossesse : profils de programmes choisis.

*La brochure c. est un résumé de P3.
Service des publications, Santé Canada
Téléphone : 613-954-5995 Télécopieur : 613-941-5366

**T5 Les programmes de renoncement au tabagisme : un inventaire des programmes individuels et de groupe.** 1997, français et anglais.

Cette mise à jour d'une version imprimée de l'inventaire, parue en 1996, n'est accessible que sur le site Web de Santé Canada.
Site Web : www.hc-sc.gc.ca/hppb/reduction-tabagisme

**T11 Thanks Mommy and Daddy for a Smoke free Home.** 1997, anglais.

Ce programme incite les parents qui attendent un bébé à faire de leur maison un milieu sans fumée. Le projet a permis de réaliser une vidéocassette de sept minutes, *Look Who's Coming to Dinner*, une brochure intitulée *Making Your Home Smoke Free*, des aimants de réfrigérateur et un rapport final.

**T12 Towards Healthy Family Breathing.** 1997, anglais.

Il s'agit d'un programme de formation qui vise à aider les dispensateurs de soins périnatals à aborder la question du tabagisme auprès des femmes enceintes. Les intervenants ont été initiés au modèle des cinq étapes du changement et ont utilisé le document *Stopping When You're Ready*. Parmi les ressources du programme figurent des t-shirts et des épinglettes.

**U1 Une grossesse sans tabac.** 1997, français.

Évaluation d'un programme d'aide individuelle conçu pour aider les femmes francophones à se libérer de la cigarette pendant leur grossesse. Le programme repose sur le modèle des cinq étapes du changement.